

DANH SÁCH KIỂM TRA TRƯỚC KHI GHI DANH

Trước khi ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ về các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có thắc mắc, quý vị có thể gọi và trao đổi với một đại diện dịch vụ khách hàng theo số 713-442-CARE (2273) hoặc số miễn phí 1-866-535-8343 (người dùng TTY có thể gọi 711).

Hiểu về các Quyền Lợi

| | |
|--|---|
| | Xem danh sách quyền lợi đầy đủ có trong <i>Chứng Thư Bảo Hiểm (EOC)</i> , đặc biệt là đối với những dịch vụ mà quý vị thăm khám định kỳ với bác sĩ. Truy cập www.kelseycareadvantage.com hoặc gọi 1-866-535-8343 (người dùng TTY có thể gọi 711) để xem bản sao của EOC. |
| | Xem lại <i>Danh Mục Nhà Cung Cấp</i> (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ quý vị đến khám hiện đang tham gia mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê thì có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới. |
| | Xem lại <i>Danh Mục Nhà Thuốc</i> để đảm bảo nhà thuốc mà quý vị sử dụng để mua bất kỳ loại thuốc kê toa nào có tham gia mạng lưới. Nếu nhà thuốc đó không được liệt kê thì quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới để mua thuốc kê toa. |

Hiểu về các Quy Tắc Quan Trọng

| | |
|--|---|
| | Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng (nếu có), quý vị phải tiếp tục nộp phí bảo hiểm Medicare Part B. Phí bảo hiểm này thường được trừ vào séc An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng. |
| | Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2024. |
| | Ngoại trừ các trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không bao trả cho dịch vụ của các nhà cung cấp Ngoài Mạng Lưới (các bác sĩ không có tên trong danh mục nhà cung cấp), trừ khi quý vị đã ghi danh tham gia chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom. |
| | Chương trình KelseyCare Advantage Gold Freedom cho phép quý vị đến khám tại các nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài mạng lưới của chúng tôi (các nhà cung cấp dịch vụ không ký hợp đồng). Tuy nhiên, mặc dù chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bao trả do một nhà cung cấp dịch vụ không có hợp đồng cung cấp, nhà cung cấp dịch vụ đó vẫn phải đồng ý điều trị cho quý vị. Ngoài trừ trong trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, các nhà cung cấp dịch vụ không có hợp đồng có thể từ chối cung cấp dịch vụ chăm sóc. Ngoài ra, quý vị sẽ phải trả mức chia sẻ chi phí cao hơn đối với các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp dịch vụ không có hợp đồng. |

THÔNG TIN CHUNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

| | |
|--|--|
| <p>Mẹo để so sánh các lựa chọn Medicare</p> | <p>Tập sách Tóm Tắt Quyền Lợi này tóm lược những khoản KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) bao trả và những khoản quý vị phải thanh toán. Trong đó không liệt kê hết tất cả các dịch vụ mà chúng tôi bao trả hoặc tất cả giới hạn hoặc loại trừ. Để lấy danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi bao trả, hãy gọi cho chúng tôi và yêu cầu cung cấp "<i>Chứng Thư Bảo Hiểm</i>".</p> <p>Mẹo để so sánh các lựa chọn Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nếu quý vị muốn so sánh chương trình bảo hiểm của chúng tôi với các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác, hãy yêu cầu các chương trình khác cung cấp tập sách Tóm tắt Quyền lợi bảo hiểm của họ. Hoặc sử dụng Công cụ Tìm kiếm Chương trình bảo hiểm Medicare trên http://www.medicare.gov. • Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem trong sổ tay "<i>Medicare & You</i>" (Medicare & Quý Vị) hiện có. Xem sổ tay trực tuyến tại http://www.medicare.gov hoặc nhận một bản sao bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048. |
| <p>Các phần trong tập sách này</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Những điều cần biết về KelseyCare Advantage Gold Freedom • Phí bảo hiểm Hàng tháng, Khoản khấu trừ, Hạn mức đối với Số tiền Quý vị Phải Thanh toán cho các Dịch vụ Được bao trả • Các quyền lợi Y tế và Bệnh viện Được bao trả • Quyền lợi Thuốc Kê toa |
| <p>Thời Gian Làm Việc</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Thời gian làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m. theo giờ địa phương, bảy ngày một tuần, từ ngày 1 tháng 10 – 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, giờ làm việc từ 8:00 a. m. đến 8:00 p. m., giờ địa phương. Dịch vụ nhắn tin được sử dụng vào cuối tuần, sau giờ làm việc và vào các ngày lễ liên bang. |
| <p>Số điện thoại và Trang web</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Nếu quý vị là hội viên của chương trình bảo hiểm này, hãy gọi số miễn phí 1-866-535-8343 (người dùng TTY có thể gọi 711). • Nếu quý vị không phải là hội viên của chương trình bảo hiểm này, hãy gọi số miễn phí 1-800-663-7146 (người dùng TTY có thể gọi 711). Trang web của chúng tôi: www.kelseycareadvantage.com |
| <p>Ai Có thể Tham gia?</p> | <p>Để tham gia KelseyCare Advantage, quý vị phải được hưởng Medicare Part A, ghi danh tham gia Medicare Part B và sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi.</p> <p>Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm các quận sau đây ở Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery và Galveston (không bao gồm đảo).</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Tôi có thể sử dụng các bác sĩ và bệnh viện nào?</p> | <p>KelseyCare Advantage Gold Freedom có mạng lưới các bác sĩ, bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ khác. <i>Quý vị có thể sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không thuộc mạng lưới của chúng tôi đối với một số dịch vụ.</i></p> |
| <p>Các nhà cung cấp dịch vụ Ngoài Mạng Lưới/không ký hợp đồng không có nghĩa vụ phải điều trị cho các hội viên của KelseyCare Advantage , ngoại trừ trong các trường hợp cấp cứu. Vui lòng gọi số dịch vụ khách hàng của chúng tôi hoặc xem <i>Chứng Thư Bảo Hiểm</i> để biết thêm thông tin, bao gồm cả phần chia sẻ chi phí áp dụng cho các dịch vụ Ngoài Mạng Lưới.</p> | |
| <p>Tôi có thể sử dụng những nhà thuốc nào?</p> | <p>Thông thường, quý vị phải sử dụng các nhà thuốc trong mạng lưới để mua thuốc kê toa đối với các loại thuốc Part D được bao trả.</p> <p>Một số nhà thuốc trong mạng lưới của chúng tôi có phần chia sẻ chi phí ưu tiên. Quý vị có thể phải trả ít hơn nếu quý vị sử dụng các nhà thuốc này.</p> <p>Quý vị có thể xem danh mục nhà cung cấp dịch vụ và danh mục nhà thuốc của chương trình bảo hiểm tại trên trang web của chúng tôi tại (www.kelseycareadvantage.com). Hoặc gọi cho chúng tôi theo các số điện thoại ở trên và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao danh mục nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc.</p> |
| <p>Chúng tôi bao trả những gì?</p> | <p>Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, chúng tôi bao trả mọi thứ mà Original Medicare bao trả – và hơn thế nữa.</p> <p>Các hội viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi được hưởng tất cả các quyền lợi do Original Medicare bao trả. Quý vị có thể phải thanh toán nhiều hơn đối với một số quyền lợi trong số này khi tham gia chương trình bảo hiểm của chúng tôi so với Original Medicare. Đối với một số quyền lợi khác thì quý vị có thể thanh toán ít hơn.</p> <p>Các hội viên chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng được hưởng nhiều quyền lợi hơn so với những gì Original Medicare bao trả. Một số quyền lợi bổ sung được nêu trong tập sách này.</p> <p>Chúng tôi bao trả thuốc Part D. Chúng tôi bao trả các loại thuốc Part B như hóa trị liệu và một số loại thuốc do nhà cung cấp dịch vụ cấp dùng.</p> <p>Quý vị có thể xem danh mục thuốc đầy đủ của chương trình bảo hiểm (danh sách thuốc kê toa Part D) và các hạn chế trên trang web của chúng tôi tại (www.kelseycareadvantage.com). Hoặc gọi cho chúng tôi và chúng tôi sẽ gửi cho quý vị một bản sao của danh mục thuốc. Danh mục thuốc và/hoặc mạng lưới nhà thuốc có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết.</p> |
| <p>Làm thế nào để xác định chi phí thuốc của tôi?</p> | <p>Chương trình bảo hiểm của chúng tôi phân nhóm các loại thuốc thành 6 “bậc”. Quý vị sẽ cần sử dụng danh mục thuốc để xác định thuốc của quý vị thuộc bậc nào nhằm xác định chi phí của thuốc đó. Số tiền quý vị phải trả tùy thuộc vào bậc của thuốc và giai đoạn quyền lợi mà quý vị đạt đến. Trong phần sau của tài liệu này, chúng ta sẽ thảo luận về các giai đoạn quyền lợi xảy ra sau khi quý vị đáp ứng khoản khấu trừ của mình: Bảo Hiểm Ban Đầu, Lỗ Hổng Bao Trả và Bảo Hiểm Tai Họa.</p> |

Tóm Tắt Quyền Lợi Bảo Hiểm

Ngày 1 tháng 1 năm 2023 – ngày 31 tháng 12 năm 2023

Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng, Khoản Khấu Trừ và Hạn Mức đối với Số Tiền Quý Vị Phải Thanh Toán cho các Dịch Vụ Được Bao Trữ

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|--|--|
| Phí bảo hiểm hàng tháng là bao nhiêu? | \$0/tháng. Ngoài ra, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B của mình. |
| Khoản khấu trừ là bao nhiêu? | Chương trình bảo hiểm này không có khoản khấu trừ y tế. |
| Có hạn mức nào đối với số tiền tôi sẽ phải trả cho các dịch vụ được bao trả của mình không? | Có. Giống như tất cả các chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare, chương trình bảo hiểm của chúng tôi bảo vệ quý vị bằng cách đưa ra các hạn mức cho các chi phí tự trả hàng năm cho dịch vụ chăm sóc y tế và bệnh viện. Nếu đạt đến hạn mức chi phí tự trả, quý vị sẽ tiếp tục được nhận các dịch vụ bệnh viện và y tế được bao trả và chúng tôi sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cho thời gian còn lại của năm. Xin lưu ý rằng quý vị sẽ vẫn phải thanh toán phí bảo hiểm Part B hàng tháng và phần chia sẻ chi phí cho các loại thuốc kê toa Part D. |
| (Trách nhiệm Tự trả Tối đa) | (Các) hạn mức hàng năm của quý vị trong chương trình bảo hiểm này: <ul style="list-style-type: none">\$3,450 cho các dịch vụ quý vị nhận từ các nhà cung cấp dịch vụ Trong Mạng Lưới.\$10,000 cho các dịch vụ quý vị nhận từ các nhà cung cấp dịch vụ Ngoài Mạng Lưới. |
| Có hạn mức nào đối với số tiền mà chương trình bảo hiểm sẽ trả không? | Chương trình bảo hiểm của chúng tôi có hạn mức bảo hiểm hàng năm cho một số quyền lợi Trong Mạng Lưới. Liên hệ với chúng tôi để biết các dịch vụ áp dụng. |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|---|--|
| Bảo Hiểm Bệnh Viện Nội Trú^{1,2} | <p>Chương trình bảo hiểm của chúng tôi bao trả 90 ngày nằm viện điều trị nội trú.</p> <p>Chương trình bảo hiểm của chúng tôi cũng bao trả 60 “ngày dự trữ trọn đời”. Đây là những ngày “bổ sung” mà chúng tôi bao trả. Nếu thời gian nằm viện của quý vị kéo dài hơn 90 ngày thì quý vị có thể sử dụng những ngày bổ sung này. Khi quý vị đã sử dụng hết 60 ngày bổ sung này, bảo hiểm bệnh viện nội trú của quý vị sẽ được giới hạn trong 90 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi.</p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$375 đồng thanh toán cho mỗi lần nằm viện (được miễn nếu được chẩn đoán mắc COVID-19) • \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho những ngày dự trữ trọn đời (nếu có) <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Khoản đồng bảo hiểm 40% cho mỗi lần nằm viện (được miễn nếu chẩn đoán mắc COVID-19) |
| Bảo Hiểm Bệnh Viện Ngoại Trú^{1,2} | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% đồng bảo hiểm |
| Trung Tâm Phẫu Thuật Trong Ngày (Ambulatory Surgery Center, ASC)^{1,2} | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$225 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% đồng bảo hiểm |
| Thăm Khám Bác Sĩ (Bác Sĩ Chăm Sóc Chính và Bác Sĩ Chuyên Khoa)^{1,2} | <p><u>Thăm khám tại phòng mạch Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc ban đầu: \$0 đồng thanh toán • Bác sĩ chuyên khoa: \$25 đồng thanh toán <p><u>Thăm khám tại phòng mạch Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chăm sóc ban đầu: \$10 đồng thanh toán • Bác sĩ chuyên khoa*: \$35 đồng thanh toán <p>*40% đồng bảo hiểm cho mỗi lần thăm khám tại nhà cung cấp dịch vụ MD Anderson</p> |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Chăm sóc Phòng ngừa | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm <hr/> <p>Các dịch vụ phòng ngừa bao gồm:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát chứng phình động mạch chủ bụng • Tư vấn lạm dụng rượu • Đo khối lượng xương • Tầm soát ung thư vú (chụp quang tuyến vú) • Bệnh tim mạch (liệu pháp hành vi) • Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát ung thư đại trực tràng (Nội soi đại tràng, Xét nghiệm máu tìm thấy trong phân, Soi trực tràng sigma linh hoạt) • Tầm soát bệnh trầm cảm • Tầm soát bệnh tiểu đường • Tầm soát HIV • Dịch vụ điều trị dinh dưỡng y tế • Tư vấn và tầm soát béo phì • Tầm soát ung thư tuyến tiền liệt (PSA) </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục • Tư vấn cai nghiện thuốc lá (tư vấn cho những người không có dấu hiệu mắc bệnh liên quan đến thuốc lá) • Vắc-xin, bao gồm cả vắc-xin Cúm, vắc-xin viêm gan B, vắc-xin phế cầu khuẩn • Khám phòng ngừa “Chào Mừng Tham Gia Medicare” (một lần) • Khám “Sức khỏe” hàng năm </td> </tr> </table> <p>Mọi dịch vụ phòng ngừa bổ sung được Medicare chấp thuận trong năm hợp đồng sẽ được bao trả.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát chứng phình động mạch chủ bụng • Tư vấn lạm dụng rượu • Đo khối lượng xương • Tầm soát ung thư vú (chụp quang tuyến vú) • Bệnh tim mạch (liệu pháp hành vi) • Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo | <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát ung thư đại trực tràng (Nội soi đại tràng, Xét nghiệm máu tìm thấy trong phân, Soi trực tràng sigma linh hoạt) • Tầm soát bệnh trầm cảm • Tầm soát bệnh tiểu đường • Tầm soát HIV • Dịch vụ điều trị dinh dưỡng y tế • Tư vấn và tầm soát béo phì • Tầm soát ung thư tuyến tiền liệt (PSA) | <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục • Tư vấn cai nghiện thuốc lá (tư vấn cho những người không có dấu hiệu mắc bệnh liên quan đến thuốc lá) • Vắc-xin, bao gồm cả vắc-xin Cúm, vắc-xin viêm gan B, vắc-xin phế cầu khuẩn • Khám phòng ngừa “Chào Mừng Tham Gia Medicare” (một lần) • Khám “Sức khỏe” hàng năm |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát chứng phình động mạch chủ bụng • Tư vấn lạm dụng rượu • Đo khối lượng xương • Tầm soát ung thư vú (chụp quang tuyến vú) • Bệnh tim mạch (liệu pháp hành vi) • Tầm soát ung thư cổ tử cung và âm đạo | <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát ung thư đại trực tràng (Nội soi đại tràng, Xét nghiệm máu tìm thấy trong phân, Soi trực tràng sigma linh hoạt) • Tầm soát bệnh trầm cảm • Tầm soát bệnh tiểu đường • Tầm soát HIV • Dịch vụ điều trị dinh dưỡng y tế • Tư vấn và tầm soát béo phì • Tầm soát ung thư tuyến tiền liệt (PSA) | <ul style="list-style-type: none"> • Tầm soát và tư vấn các bệnh lây truyền qua đường tình dục • Tư vấn cai nghiện thuốc lá (tư vấn cho những người không có dấu hiệu mắc bệnh liên quan đến thuốc lá) • Vắc-xin, bao gồm cả vắc-xin Cúm, vắc-xin viêm gan B, vắc-xin phế cầu khuẩn • Khám phòng ngừa “Chào Mừng Tham Gia Medicare” (một lần) • Khám “Sức khỏe” hàng năm | | |
| Chăm Sóc Cấp Cứu | <p>\$120 đồng thanh toán</p> <p>Nếu nhập viện trong vòng 3 ngày thì quý vị không phải thanh toán phần chia sẻ chi phí cho chăm sóc cấp cứu. Xem phần “Chăm Sóc Nội Trú tại Bệnh Viện” trong tập sách này để biết các chi phí khác.</p> | | | |
| Dịch Vụ Cấp Thiết | <p>\$25 đồng thanh toán</p> | | | |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|--|--|
| Dịch vụ Chẩn đoán, Phòng thí nghiệm, Chụp chiếu ^{1,2} | <p><u>Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (chẳng hạn như chụp MRI, chụp CT):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$0 đến \$150 đồng thanh toán, tùy thuộc vào dịch vụ <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> 20% đồng bảo hiểm <p><u>Các xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$0 đến \$25 đồng thanh toán, tùy thuộc vào dịch vụ <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> 20% đồng bảo hiểm <p><u>Dịch vụ phòng thí nghiệm:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$0 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> \$0 đồng thanh toán tại LabCorp hoặc 50% đồng bảo hiểm tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác <p><u>X-quang Ngoại trú:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$0 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> \$20 đồng thanh toán <p><u>Các dịch vụ X-quang tri liệu (chẳng hạn như xạ trị ung thư):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$50 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> 20% đồng bảo hiểm |
| Dịch vụ Thính lực ^{1,2} | <p><u>Khám để chẩn đoán và điều trị các vấn đề về thính lực và thăng bằng:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$25 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> 20% đồng bảo hiểm <p><u>Khám thính lực định kỳ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$0 đồng thanh toán. Quý vị được bao trả cho tối đa 1 lần khám thính lực định kỳ mỗi năm. <p><u>Phụ cấp thiết bị trợ thính:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Chương trình của chúng tôi bao trả số tiền bảo hiểm tối đa lên đến \$750 mỗi tai cho các quyền lợi trợ thính ba năm một lần. Quý vị phải thanh toán phần tiền vượt quá số tiền được phép của chương trình bảo hiểm này. |
| Các Dịch Vụ Nha Khoa được Medicare Bao Trả ^{1,2} <i>(xem phần quyền lợi bổ sung để biết các dịch vụ nha khoa khác có sẵn)</i> | <p><u>Các dịch vụ nha khoa được Medicare bao trả:</u> (không bao gồm các dịch vụ liên quan đến việc chăm sóc, điều trị, trám, nhổ hoặc thay thế răng):</p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$25 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$35 đồng thanh toán |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|---|--|
| Dịch vụ Thị lực | <p><u>Khám thị lực định kỳ và kính mắt:</u></p> <p><u>Chỉ Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 đồng thanh toán cho 1 lần khám thị lực định kỳ hàng năm <p>Hạn mức bảo hiểm của chương trình bảo hiểm là \$125 cho kính mắt, kính thuốc và/hoặc kính áp tròng mỗi năm không liên quan đến sau phẫu thuật đục thủy tinh thể. Chỉ có thể sử dụng Phụ cấp trong một ngày nhận dịch vụ.</p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$25 đồng thanh toán cho mỗi lần khám để chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt \$0 đồng thanh toán cho mỗi lần tầm soát bệnh tăng nhãn áp hàng năm <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% đồng bảo hiểm cho mỗi lần khám chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt 50% đồng bảo hiểm cho mỗi lần tầm soát bệnh tăng nhãn áp hàng năm <p><u>Kính mắt hoặc kính áp tròng sau khi phẫu thuật đục thủy tinh thể:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$0 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> 50% đồng bảo hiểm cho đến tỷ lệ mà Medicare cho phép |
| Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần (bao gồm cả nội trú) ^{1,2} | <p><u>Thăm khám nội trú:</u></p> <p>Chương trình bảo hiểm của chúng tôi bao trả tối đa 190 ngày trong suốt đời cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú tại bệnh viện tâm thần. Hạn mức chăm sóc nội trú tại bệnh viện không áp dụng cho các dịch vụ tâm thần nội trú được cung cấp trong bệnh viện đa khoa.</p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Khoản đồng thanh toán \$375 cho mỗi lần nằm viện \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho những ngày dự trữ trọn đời (nếu có) <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Khoản đồng bảo hiểm 40% cho mỗi lần nằm viện <p><u>Thăm khám điều trị cá nhân hoặc theo nhóm ngoại trú:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Trong Mạng Lưới:</u> \$20 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> \$35 đồng thanh toán |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|---|---|
| Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)^{1,2} | <p>Chương trình bảo hiểm của chúng tôi bao trả tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi giai đoạn quyền lợi.</p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày từ 1-20 \$125 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày từ 21-100 <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 50% đồng bảo hiểm mỗi lần nằm viện |
| Vật Lý Trị Liệu^{1,2} | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$10 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$40 đồng thanh toán |
| Chuyên chở cứu thương <i>(Dịch vụ vận chuyển bằng đường bộ và đường hàng không được Medicare bao trả)</i> | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$225 đồng thanh toán cho mỗi chuyến một chiều <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$250 đồng thanh toán cho mỗi chuyến cứu thương một chiều bằng đường bộ 50% đồng bảo hiểm cho mỗi chuyến cứu thương một chiều bằng đường hàng không |
| Phương tiện đưa đón | <ul style="list-style-type: none"> \$0 đồng thanh toán <p>Chương trình này bao trả các chuyến đi một chiều không giới hạn hàng năm đến các địa điểm được chương trình chấp thuận. Phương tiện đưa đón chỉ có thể di chuyển đến các cuộc hẹn khám y tế, đi và về từ các cơ sở y tế trong khu vực dịch vụ của chương trình bảo hiểm.</p> |
| Thuốc Medicare Part B¹ | <p><u>Thuốc hóa trị Part B và các loại thuốc Part B khác:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% đồng bảo hiểm <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% đồng bảo hiểm |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi Thuốc Kê toa – Part D

Hạn Mức Bảo Hiểm Ban Đầu

Quý vị sẽ trả một khoản khấu trừ hàng năm là \$100 với thuốc Bạc 3, 4 và 5. Quý vị phải thanh toán toàn bộ chi phí cho các loại thuốc Bạc 3, 4 và 5 cho đến khi đạt đến số tiền khấu trừ của chương trình bảo hiểm. Không có khoản khấu trừ cho Insulin Chọn Lọc. Trong Giai Đoạn Khấu Trừ, quý vị cần tự trả \$30 - \$35 đồng thanh toán cho các Insulin Chọn Lọc này cho tiếp liệu thuốc dùng trong 30. Sau khi thanh toán khoản khấu trừ hàng năm của mình, quý vị sẽ thanh toán các khoản sau cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt \$4,660. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc mà cả quý vị và chương trình bảo hiểm Part D của chúng tôi thanh toán.

Quý vị có thể nhận thuốc tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới và đặt hàng qua đường bưu điện.

Chia Sẻ Chi Phí Bán Lẻ Tiêu Chuẩn (Hạn Mức Bảo Hiểm Ban Đầu)

| Bậc | Tiếp liệu thuốc 30 ngày | Tiếp liệu thuốc 60 ngày | Tiếp liệu thuốc 90 ngày |
|----------------------------------|-------------------------|--|--|
| Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên) | \$3 đồng thanh toán | \$6 đồng thanh toán | \$9 đồng thanh toán |
| Bậc 2 (Thuốc Thế Phẩm) | \$15 đồng thanh toán | \$30 đồng thanh toán | \$45 đồng thanh toán |
| Bậc 3 (Thuốc Biệt Duyệt Ưu Tiên) | \$45 đồng thanh toán | \$90 đồng thanh toán | \$135 đồng thanh toán |
| (Insulin Chọn Lọc*) | \$35 đồng thanh toán | \$70 đồng thanh toán | \$105 đồng thanh toán |
| Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên) | \$90 đồng thanh toán | \$180 đồng thanh toán | \$270 đồng thanh toán |
| Bậc 5 (Bậc Thuốc Đặc Trị) | 31% đồng bảo hiểm | Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bạc 5. | Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bạc 5. |
| Bậc 6 (Thuốc Select Care) | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Insulin - Quý vị sẽ thanh toán không quá \$35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin mà chương trình của chúng tôi bao trả, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.

**Insulin Chọn Lọc trong Bạc 3 được bao trả nếu chương trình bảo hiểm tham gia vào Mô Hình Tiết Kiệm Cao Cấp Part D trong Năm Dương Lịch 2023. Để biết loại thuốc nào là Insulin Chọn Lọc, hãy xem lại Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng bản điện tử. Nếu có thắc mắc về Danh Mục Thuốc, quý vị cũng có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.*

Chia Sẻ Chi Phí Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện và Bán Lẻ Ưu Tiên (Hạn Mức Bảo Hiểm Ban Đầu)

| Bậc | Tiếp liệu thuốc 30 ngày | Tiếp liệu thuốc 60 ngày | Tiếp liệu thuốc 90 ngày |
|----------------------------------|-------------------------|--|--|
| Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên) | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |
| Bậc 2 (Thuốc Thế Phẩm) | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |
| Bậc 3 (Thuốc Biệt Duyệt Ưu Tiên) | \$40 đồng thanh toán | \$80 đồng thanh toán | \$100 đồng thanh toán |
| (Insulin Chọn Lọc*) | \$30 đồng thanh toán | \$60 đồng thanh toán | \$75 đồng thanh toán |
| Bậc 4 (Thuốc Không Ưu Tiên) | \$80 đồng thanh toán | \$160 đồng thanh toán | \$200 đồng thanh toán |
| Bậc 5 (Bậc Thuốc Đặc Trị) | 31% đồng bảo hiểm | Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bậc 5. | Tiếp liệu thuốc dài hạn không có sẵn cho các loại thuốc thuộc Bậc 5. |
| Bậc 6 (Thuốc Select Care) | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Insulin - Quý vị sẽ thanh toán không quá \$35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin mà chương trình của chúng tôi bao trả, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.

**Insulin Chọn Lọc trong Bậc 3 được bao trả nếu chương trình bảo hiểm tham gia vào Mô Hình Tiết Kiệm Cao Cấp Part D trong Năm Dương Lịch 2023. Để biết loại thuốc nào là Insulin Chọn Lọc, hãy xem lại Danh Sách Thuốc mới nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng bản điện tử. Nếu có thắc mắc về Danh Mục Thuốc, quý vị cũng có thể gọi cho Dịch Vụ Hội Viên.*

Nếu quý vị cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ thanh toán giống như tại một nhà thuốc bán lẻ. Quý vị có thể nhận thuốc từ một nhà thuốc ngoài mạng lưới nhưng có thể phải trả nhiều hơn số tiền quý vị phải trả tại một nhà thuốc Trong Mạng lưới.

Lỗ Hổng Bao Trả

Hầu hết các chương trình bảo hiểm thuốc của Medicare đều có một lỗ bao trả (còn gọi là “lỗ bánh rán” hay “donut hole”). Điều này có nghĩa là có sự thay đổi tạm thời về số tiền quý vị sẽ thanh toán cho thuốc của mình. Lỗ hổng bao trả bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm cả những khoản chương trình bảo hiểm của chúng tôi đã thanh toán và những khoản quý vị đã thanh toán) đạt \$4,660.

Sau khi quý vị bước vào giai đoạn lỗ hồng bao trả, quý vị phải thanh toán 25% giá thương lượng của chương trình bảo hiểm đối với thuốc biệt dược được bao trả, và 25% giá thương lượng của chương trình bảo hiểm đối với thuốc thế phẩm (generic) được bao trả cho đến khi tổng chi phí tự trả của quý vị đạt \$7,400, đây là số tiền kết thúc giai đoạn lỗ hồng bao trả. KelseyCare Advantage bù đắp lỗ hồng bao trả bổ sung cho các loại thuốc Bậc 1, Bậc 2, Bậc 6 và Insulin Chọn Lọc. Không phải tất cả mọi người đều sẽ bước vào giai đoạn lỗ hồng bao trả.

Theo chương trình bảo hiểm này, quý vị có thể thanh toán ít hơn cho thuốc biệt dược và thuốc thế phẩm trong danh mục thuốc. Chi phí của quý vị thay đổi theo từng bậc. Quý vị sẽ cần sử dụng danh mục thuốc để xác định bậc thuốc của mình. Xem bảng sau để biết quý vị sẽ phải trả bao nhiêu tiền.

Chia Sẻ Chi Phí Bán Lẻ Tiêu Chuẩn (Lỗ Hồng Bao Trả)

| Bậc | Thuốc Được Bao Trả | Tiếp liệu thuốc 30 ngày | Tiếp liệu thuốc 60 ngày | Tiếp liệu thuốc 90 ngày |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên) | Tất cả | \$3 đồng thanh toán | \$6 đồng thanh toán | \$9 đồng thanh toán |
| Bậc 2 (Thuốc Thế Phẩm) | Tất cả | \$15 đồng thanh toán | \$30 đồng thanh toán | \$45 đồng thanh toán |
| Bậc 6 (Thuốc Select Care) | Tất cả | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |
| (Insulin Chọn Lọc) | Thay đổi | \$35 đồng thanh toán | \$70 đồng thanh toán | \$105 đồng thanh toán |

Chia Sẻ Chi Phí Đặt Hàng Qua Đường Bưu Điện và Bán Lẻ Ưu Tiên (Lỗ Hồng Bao Trả)

| Bậc | Thuốc Được Bao Trả | Tiếp liệu thuốc 30 ngày | Tiếp liệu thuốc 60 ngày | Tiếp liệu thuốc 90 ngày |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Bậc 1 (Thuốc Thế Phẩm Ưu Tiên) | Tất cả | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |
| Bậc 2 (Thuốc Thế Phẩm) | Tất cả | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |
| Bậc 6 (Thuốc Select Care) | Tất cả | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán | \$0 đồng thanh toán |
| (Insulin Chọn Lọc) | Thay đổi | \$30 đồng thanh toán | \$60 đồng thanh toán | \$75 đồng thanh toán |

Thông Báo Quan Trọng Về Khoản Thanh Toán của Quý vị cho Insulin - Quý vị sẽ thanh toán không quá \$35 cho lượng thuốc dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin mà chương trình của chúng tôi bao trả, bất kể sản phẩm đó thuộc bậc chia sẻ chi phí nào, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.

Bảo Hiểm Tai Họa

Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị (bao gồm thuốc mua qua nhà thuốc bán lẻ và đặt hàng qua bưu điện) đạt \$7,400, quý vị sẽ trả số tiền lớn hơn trong số:

- 5% giá thương lượng của chương trình bảo hiểm hoặc
- \$4.15 đồng thanh toán cho thuốc thế phẩm (bao gồm thuốc biệt dược được coi là thuốc thế phẩm) và \$10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác.

Quyền lợi Thuốc kê toa Bổ sung

Trong bảo hiểm thuốc nâng cao của chương trình cho Năm Dương Lịch 2023, chương trình sẽ bao trả cho các loại thuốc bị loại trừ trong Bậc 2 sau: Sildenafil (thuốc gốc Viagra), Vitamin D2, Folic Acid và Vitamin B12. Các khoản thanh toán quý vị thực hiện cho các loại thuốc bị loại trừ không được bao gồm trong chi phí tự trả của quý vị.

Quyền lợi Y tế Bổ sung

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|---|--|
| Châm cứu ^{1,2} | <p>Hàng năm, chương trình bảo hiểm bao trả tối đa 12 lần thăm khám châm cứu trong vòng 90 ngày đối với bệnh đau thắt lưng mạn tính; 8 buổi bổ sung nếu bệnh có cải thiện. Không quá 20 buổi điều trị châm cứu có thể được thực hiện hàng năm.</p> <p><u>Trong mạng lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$20 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$35 đồng thanh toán |
| Chăm Sóc Chân (dịch vụ điều trị bệnh chân) ^{1,2} | <p><u>Khám và điều trị bàn chân nếu quý vị bị tổn thương dây thần kinh liên quan đến bệnh tiểu đường và/hoặc đáp ứng một số điều kiện nhất định:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$25 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> \$35 đồng thanh toán |
| Bữa ăn ¹ | <p>Quý vị phải thanh toán khoản đồng thanh toán là \$0 cho tối đa 2 bữa ăn mỗi ngày trong 7 ngày sau khi xuất viện từ một đợt điều trị nội trú do được chẩn đoán nhiễm COVID-19.</p> |
| Thiết Bị/ Vật Tư Y Tế (Thiết bị y tế lâu bền, tiếp liệu cho bệnh tiểu đường, dụng cụ giả và tiếp liệu y tế liên quan) ¹ | <p><u>Thiết bị y tế lâu bền:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20% đồng bảo hiểm <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 50% đồng bảo hiểm <p><u>Tiếp liệu theo dõi bệnh tiểu đường:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Quý vị phải thanh toán 0% đồng bảo hiểm cho máy đo và que thử, nếu quý vị sử dụng thương hiệu ưu tiên (Roche và LifeScan). Quý vị phải thanh toán 0% đồng bảo hiểm cho kim lấy máu lancet, thiết bị lancet và các loại dung dịch chườm. Dụng cụ tiểu đường từ các thương hiệu không ưu tiên (bao gồm máy đo và que thử) không được bao trả. <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 50% đồng bảo hiểm (ngay cả khi sử dụng các nhãn hiệu ưu tiên) |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| | KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) |
|---|---|
| Thiết Bị/ Vật Tư Y Tế (tiếp) | <p><u>Giày hoặc miếng lót trị liệu và dụng cụ giả:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% đồng bảo hiểm <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm <p><u>Máy Theo dõi Đường huyết Liên tục – Thương hiệu Ưu tiên: Dexcom và FreeStyle Libre:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Máy theo dõi đường huyết liên tục 15% tại nhà thuốc bán lẻ và 20% tại nhà cung cấp DME. Tất cả các DME khác là 20% đồng bảo hiểm. Máy đo đường huyết liên tục (CGM) ưu tiên là Dexcom và FreeStyle Libre, tất cả các CGM khác đều bị loại trừ. • Các thương hiệu không ưu tiên không được bao trả <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm |
| Các chương trình Chăm sóc sức khỏe (ví dụ: thể dục) | <p>Quý vị phải thanh toán \$0 đồng thanh toán cho Chương Trình Thể Dục SilverSneakers® – Tư cách hội viên trung tâm thể dục cơ bản bao gồm các lớp thể dục.</p> |
| Chăm sóc Nắn khớp xương^{1,2} | <p><u>Thao tác xoa nắn cột sống để điều chỉnh tình trạng trật khớp (khi 1 hoặc nhiều xương cột sống bị lệch khỏi vị trí):</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$35 đồng thanh toán |
| Đào tạo Tự Quản lý bệnh Tiểu đường^{1,2} | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm |
| Chăm sóc Sức khỏe Tại nhà^{1,2} | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|---|--|
| Chăm sóc Cuối Đời | Quý vị không phải trả tiền cho dịch vụ chăm sóc cuối đời từ một nhà an dưỡng cuối đời được Medicare chứng nhận. Quý vị có thể phải trả một phần chi phí cho thuốc và dịch vụ chăm sóc thay thế. Chăm sóc cuối đời được bao trả ngoài chương trình bảo hiểm của chúng tôi. Vui lòng liên hệ với chúng tôi để biết thêm chi tiết. |
| Lạm dụng Chất kích thích Ngoại trú^{1,2} | <u>Thăm khám điều trị cá nhân hoặc theo nhóm:</u> <u>Trong Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> \$20 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> \$35 đồng thanh toán |
| Phẫu thuật^{1,2} | <u>Trong Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> \$300 đồng thanh toán tại bệnh viện ngoại trú \$225 đồng thanh toán tại trung tâm phẫu thuật trong ngày <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% đồng bảo hiểm |
| Vật Dụng Mua Không Cần Toa (OTC) | Quý vị sẽ được hưởng tối đa \$95 mỗi quý. |
| Thảm phân Thận^{1,2} | <u>Trong Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> 20% đồng bảo hiểm <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> 50% đồng bảo hiểm |
| Khám bệnh từ xa | Thăm khám qua phương tiện Điện tử và thăm khám qua Video là một quyền lợi được bao trả cho các bác sĩ chuyên khoa và chăm sóc chính của Kelsey-Seybold. <u>Trong Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> PCP: Thăm Khám Qua Điện Thoại, Qua Mạng và Qua Video với PCP: \$0 đồng thanh toán Bác sĩ chuyên khoa: Thăm Khám Chuyên Khoa và Sức Khỏe Tâm Thần Qua Điện Thoại, Phương Tiện Điện Tử và Thăm Khám Qua Video: \$15 đồng thanh toán <u>Ngoài Mạng Lưới:</u> <ul style="list-style-type: none"> Không được bao trả |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|--|---|
| Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú^{1,2} | <p><u>Dịch vụ phục hồi chức năng tim (tối đa 2 buổi, mỗi buổi kéo dài một giờ mỗi ngày, tối đa 36 buổi trong 36 tuần):</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm <p><u>Hoạt động trị liệu:</u></p> <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$10 đồng thanh toán <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm |
| Dịch Vụ Nha Khoa Phòng Ngừa | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 đồng thanh toán • Làm Sạch (Dự Phòng) • Đánh Giá Răng Miệng Định Kỳ • Đánh Giá Răng Miệng Toàn Diện • Đánh Giá Răng Miệng Mở Rộng • Chụp X-quang (cánh cắn, trong miệng và toàn hàm) <p>FCL Dental là mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ nha khoa. Chương trình chỉ bao trả các dịch vụ được cung cấp bởi một nha sĩ có hợp đồng với FCL Dental.</p> <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Không được bao trả</u> |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

| KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS) | |
|--|---|
| Dịch Vụ Nha Khoa Toàn Diện | <p><u>Trong Mạng Lưới:</u></p> <p>Quyền lợi tối đa hàng năm \$2,000 cho các dịch vụ nha khoa toàn diện và phòng ngừa mỗi năm. Vui lòng xem Chương 4 của Chứng Thư Bảo Hiểm để biết thông tin chi tiết.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% đồng bảo hiểm cho mỗi dịch vụ. <p><u>Dịch Vụ Nội Nha</u> <u>Dịch Vụ Nha Chu</u> <u>Dịch Vụ Chỉnh Nha</u> <u>Dịch Vụ Phục Hồi</u> <u>Dịch Vụ Phẫu Thuật Răng Hàm Mặt</u></p> <p><u>Ngoài Mạng Lưới:</u></p> <p>Không được bao trả</p> |
| Thẻ Bỏ Túi Flex | <p>Bảo hiểm của quý vị có quyền lợi thẻ bỏ túi flex hàng năm \$500 cho các khoản trợ cấp nha khoa, thị lực và thính giác. Quý vị có thể sử dụng tiền trợ cấp đó để thanh toán các chi phí tự trả đến hạn cho các nhà cung cấp này. Quý vị sẽ có quyền sử dụng các khoản tiền này thông qua một thẻ ghi nợ được phát hành.</p> <p>Tiền trợ cấp chưa sử dụng sẽ không được chuyển sang năm tiếp theo.</p> |

Các dịch vụ được đánh số ¹ có thể yêu cầu sự cho phép trước.

Các dịch vụ được đánh số ² có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-535-8343. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Tenemos servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-535-8343. Alguien que hable español puede ayudarte. Este es un servicio gratuito.

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-535-8343。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-535-8343。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务

Mayroon kaming libreng interpreter serbisyo upang sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming kalusugan o drug plan. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang tayo sa 1-866-535-8343. Makakatulong sa iyo ang isang taong nagsasalita ng Tagalog. Ito ay isang libreng serbisyo.

Nous avons des services d'interprète gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de soins de santé ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, appelez-nous au 1-866-535-8343. Quelqu'un qui parle Français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để có được một thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-866-535-8343. Một người nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Wir haben kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie zu unserem Gesundheits- oder Drogenplan haben könnten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach unter 1-866-535-8343 an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Service.

우리는 당신이 우리의 건강 또는 약물 계획에 대해 가질 수 있는 질문에 대답 할 수 있는 무료 통역사 서비스를 제공합니다. 통역사를 얻으려면 1-866-535-8343 으로 전화하십시오. 한국어를 구사하는 사람이 당신을 도울 수 있습니다. 이것은 무료 서비스입니다.

У нас есть бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане здоровья или лекарств. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Тот, кто говорит по-русски, может вам помочь. Это бесплатная услуга.

لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديكم حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-535-8343 (الهاتف النصي). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Abbiamo servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero 1-866-535-8343. Qualcuno che parla italiano può aiutarti. Questo è un servizio gratuito.

Temos serviços gratuitos de intérprete para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou drogas. Para conseguir um intérprete, basta nos ligar para 1-866-535-8343. Alguém que fale português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou sante nou oswa plan dwòg nou. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen kapab ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Mamy bezpłatne usługi tłumacza, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub narkotykowego. Aby uzyskać tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer 1-866-535-8343. Ktoś, kto mówi po polsku, może ci pomóc. Jest to bezpłatna usługa.

हमारे पास हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निशुल्क सेवा है।

無料の通訳サービスがあり、健康や薬物計画に関するご質問にお答えします。通訳を依頼するには、1-866-535-8343までお電話ください。日本語を話す人が助けてくれます。これは無料のサービスです。



Thông tin này chưa phải là bản mô tả đầy đủ về các quyền lợi. Gọi 1-866-535-8343 để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi 711.

KelseyCare Advantage được cung cấp bởi KS Plan Administrators, LLC, một HMO ký kết hợp đồng với Medicare. Việc đăng ký KelseyCare Advantage tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Liên hệ với chương trình bảo hiểm để biết thêm thông tin.