

2023

BẢN TÓM TẮT QUYỀN LỢI

**SCAN Heart First (HMO SNP)
Quận Orange County**

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

SCAN Heart First (HMO SNP) là một chương trình HMO có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào SCAN Health Plan tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B.

Thông tin quyền lợi được cung cấp không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi đài thọ hoặc liệt kê mọi giới hạn hoặc trường hợp ngoại trừ. Để có được danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, vui lòng yêu cầu “Chứng từ Bảo hiểm” bằng cách gọi cho Dịch vụ Hội viên của chúng tôi theo số điện thoại được liệt kê trong tài liệu này hoặc trực tuyến tại www.scanhealthplan.com.

Y0057_SCAN_20024_2023_M

08/22 23C-CASMB1000VT



BẢN TÓM TẮT QUYỀN LỢI

NGÀY 1 THÁNG 1 NĂM 2023 – NGÀY 31 THÁNG 12 NĂM 2023

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
Phí bảo hiểm Chương trình Sức khỏe Hàng tháng	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng	Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B.
Khoản khấu trừ	Quý vị thanh toán \$0	Chương trình này không áp dụng khoản khấu trừ.
Trách nhiệm Khoản tự trả Tối đa (không bao gồm thuốc kê đơn)	\$499 hàng năm	Số tiền lớn nhất mà quý vị thanh toán chi phí đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho các dịch vụ y tế được Medicare đài thọ trong năm.
Bảo hiểm Nằm viện Nội trú	Quý vị thanh toán \$0	Chương trình của chúng tôi đài thọ không giới hạn số ngày nằm viện nội trú. Các quy định về sự cho phép trước được áp dụng.
Dịch vụ tại Bệnh viện dành cho Bệnh nhân ngoại trú <ul style="list-style-type: none">• Trung tâm Phẫu thuật Ngoại chấn• Bệnh viện dành cho Bệnh nhân ngoại trú	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ tại bệnh viện dành cho bệnh nhân ngoại trú.
Các Buổi thăm khám với Bác sĩ <ul style="list-style-type: none">• Chăm sóc Chính• Bác sĩ chuyên khoa	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các buổi thăm khám với bác sĩ chuyên khoa.
Chăm sóc Phòng ngừa	Quý vị thanh toán \$0	Bất cứ dịch vụ phòng ngừa bổ sung nào được Medicare chấp thuận trong cả năm hợp đồng sẽ được đài thọ. Các quy định về sự cho phép trước được áp dụng.
Chăm sóc Cấp cứu	Quý vị thanh toán \$90 khoản đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	Khoản đồng thanh toán cho phòng cấp cứu sẽ được miễn trừ nếu quý vị nhập viện ngay lập tức. Quý vị được đài thọ cho các dịch vụ cấp cứu trên toàn thế giới.
Các dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị được đài thọ cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp trên toàn thế giới.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Các Dịch vụ Chẩn đoán/ Xét nghiệm trong Phòng thí nghiệm/Chụp chiếu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các dịch vụ xét nghiệm trong phòng thí nghiệm • Thủ thuật và xét nghiệm chẩn đoán • Chụp X-quang cho bệnh nhân ngoại trú • Quang tuyến trị liệu • Quang tuyến chẩn đoán (ví dụ: MRI, CT) 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$50 khoản đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ chẩn đoán, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và chụp chiếu.</p>
<p>Dịch vụ Thính giác</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiểm tra thính giác và thăng bằng chẩn đoán được Medicare đài thọ • Khám thính giác (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Máy trợ thính (định kỳ) không được Medicare đài thọ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 1 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$450 khoản đồng thanh toán mỗi máy trợ thính đối với loại máy trợ thính TruHearing Advanced hoặc \$750 khoản đồng thanh toán mỗi máy trợ thính đối với loại máy trợ thính TruHearing Premium</p> <p>Quý vị được đài thọ tối đa 2 máy trợ thính mỗi 12 tháng</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các buổi kiểm tra thính giác và thăng bằng chẩn đoán được Medicare đài thọ.</p> <p>Quý vị phải đến nhà cung cấp dịch vụ có hợp đồng với SCAN để khám thính giác định kỳ và nhận máy trợ thính.</p>
<p>Dịch vụ Nha khoa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ • Khám răng miệng (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Làm sạch răng (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Chụp X-quang nha khoa (định kỳ) không được Medicare đài thọ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 2 loạt ảnh chụp chiếu mỗi 12 tháng</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ.</p> <p>Các quyền lợi nha khoa định kỳ cũng được cung cấp khi đóng thêm phí bảo hiểm.</p> <p>Xem bảng liệt kê “Quyền lợi Bổ sung Tùy chọn” ở cuối tài liệu này.</p>

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
Dịch vụ Nhãn khoa <ul style="list-style-type: none"> • Khám thị lực được Medicare đài thọ để chẩn đoán/điều trị các bệnh về mắt • Kính được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể • Khám thị lực (định kỳ) không được Medicare đài thọ • Giới hạn bảo hiểm nhãn khoa (định kỳ) không được Medicare đài thọ 	<p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 1 lần thăm khám mỗi 12 tháng</p> <p>Quý vị được đài thọ tối đa \$345 cho gọng kính, tròng kính hoặc kính áp tròng mỗi 12 tháng</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho buổi khám thị lực và kính được Medicare đài thọ sau phẫu thuật đục thủy tinh thể.</p> <p>Các dịch vụ nhãn khoa định kỳ không yêu cầu có sự cho phép trước.</p> <p>Quý vị phải đến nhà cung cấp dịch vụ nhãn khoa có hợp đồng với SCAN để nhận các dịch vụ nhãn khoa định kỳ.</p>
Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần <ul style="list-style-type: none"> • Khám nội trú • Buổi trị liệu dành cho cá nhân/nhóm ngoại trú • Buổi trị liệu dành cho cá nhân/nhóm ngoại trú với một bác sĩ tâm thần 	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho các ngày từ ngày 1-90</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho nhập viện nội trú vì sức khỏe tâm thần. Quý vị được đài thọ trong tối đa 90 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi.*</p> <p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các dịch vụ sức khỏe tâm thần dành cho bệnh nhân ngoại trú.</p>
Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho các ngày từ ngày 1-100</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho dịch vụ của cơ sở điều dưỡng chuyên môn. Quý vị được đài thọ trong tối đa 100 ngày cho mỗi giai đoạn quyền lợi.*</p> <p>Không bắt buộc phải nhập viện trước đó.</p>
Vật lý Trị liệu	<p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho dịch vụ vật lý trị liệu dành cho bệnh nhân ngoại trú.</p>
Xe cấp cứu	<p>Quý vị thanh toán \$100 khoản đồng thanh toán cho mỗi chuyến đi một chiều</p>	

*Giai đoạn quyền lợi bắt đầu từ ngày quý vị vào bệnh viện hoặc SNF. Giai đoạn quyền lợi kết thúc khi quý vị không nhận bất kỳ dịch vụ điều trị nội trú nào tại bệnh viện hoặc SNF trong 60 ngày liên tiếp.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ QUYỀN LỢI	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Chuyên chở (Chuyên chở định kỳ không được Medicare đài thọ)</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 34 chuyến đi một chiều mỗi năm</p> <p>Quý vị có thể sử dụng tối đa 16 trong số 34 chuyến đi một chiều của mình để đến các địa điểm phi y tế (cửa hàng tạp hóa, câu lạc bộ sức khỏe hoặc trung tâm người cao tuổi) mỗi năm. Các tiêu chí cụ thể được áp dụng.</p> <p>Mỗi chuyến đi một chiều sẽ có giới hạn 75 dặm</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho dịch vụ chuyên chở định kỳ.</p> <p>Quý vị phải sử dụng nhà cung cấp dịch vụ có hợp đồng với SCAN để nhận được các dịch vụ chuyên chở định kỳ.</p>
<p>Thuốc Medicare Phần B</p>	<p>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho hóa trị và các loại thuốc Phần B khác</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho một số loại thuốc.</p>

THUỐC KÊ ĐƠN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ (THUỐC PHẦN D):

SCAN HEART FIRST — Quý vị thanh toán chi phí như sau:

Bậc Thuốc	Bán lẻ				Đặt qua Bưu điện	
	Ưu tiên		Tiêu chuẩn		Ưu tiên	Tiêu chuẩn
	Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày	Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày
Khoản khấu trừ Phần D — Quý vị thanh toán \$0						

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu							
Bậc 1 (Thuốc gốc Ưu tiên)		Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$5	Quý vị thanh toán \$10	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$10
Bậc 2 (Thuốc gốc)		Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$9	Quý vị thanh toán \$18	Quý vị thanh toán \$0	Quý vị thanh toán \$18
Bậc 3 (Biệt dược Ưu tiên)	Các insulin Nhất định	Quý vị thanh toán \$25	Quý vị thanh toán \$55	Quý vị thanh toán \$35	Quý vị thanh toán \$85	Quý vị thanh toán \$55	Quý vị thanh toán \$85
	Thuốc Khác	Quý vị thanh toán \$25	Quý vị thanh toán \$55	Quý vị thanh toán \$47	Quý vị thanh toán \$121	Quý vị thanh toán \$55	Quý vị thanh toán \$121
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu tiên)		Quý vị thanh toán \$95	Quý vị thanh toán \$265	Quý vị thanh toán \$100	Quý vị thanh toán \$280	Quý vị thanh toán \$265	Quý vị thanh toán \$280
Bậc 5 (Thuốc bậc Đặc biệt)		Quý vị thanh toán 33%	Không có sẵn	Quý vị thanh toán 33%	Không có sẵn	Không có sẵn	Không có sẵn

Giai đoạn Không được Bảo hiểm	
	<p>Bắt đầu sau khi tổng chi phí thuốc hàng năm (bao gồm cả những gì chương trình của chúng tôi đã thanh toán và những gì quý vị đã thanh toán) đạt \$4,660.</p> <p>Quý vị thanh toán các khoản đồng thanh toán giống như trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu cho các loại thuốc Bậc 1, Bậc 2 và Bậc 3 (chỉ các insulin nhất định). Đối với thuốc ở các bậc khác, quý vị thanh toán 25% giá thỏa thuận (và một phần phí phân phát) cho thuốc biệt dược của quý vị và 25% chi phí cho thuốc gốc của quý vị.</p>

Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương	
	<p>Sau khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$7,400, quý vị phải trả mức nhiều hơn trong hai mức sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 5% chi phí, hoặc – \$4.15 khoản đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm cả các loại thuốc được coi như thuốc gốc) và \$10.35 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác.

Các khoản đồng thanh toán này cho các insulin nhất định áp dụng cho các hội viên không đủ điều kiện tham gia một chương trình giúp thanh toán thuốc của quý vị (“Trợ giúp Bổ sung”). Các insulin nhất định bao gồm tất cả bút tiêm và lọ insulin ở Bậc 3 được đài thọ trong Danh sách Thuốc gần đây nhất mà chúng tôi đã cung cấp dưới dạng điện tử. Nếu quý vị có thắc mắc về Danh sách Thuốc, quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên.

Thông báo Quan trọng về Số tiền Quý vị Thanh toán cho Insulin - Quý vị chỉ phải trả tối đa \$35 đối với lượng sản phẩm insulin từng loại đủ dùng trong một tháng được chương trình đài thọ, bất kể bậc đồng thanh toán của sản phẩm đó là bao nhiêu.

Thông báo Quan trọng về Số tiền Quý vị Thanh toán cho Vắc-xin - Chương trình của chúng tôi đài thọ toàn bộ cho hầu hết các loại vắc-xin Phần D. Vui lòng gọi tới ban Dịch vụ Hội viên để biết thêm thông tin.

Một số nhà thuốc trong hệ thống của chúng tôi đồng thanh toán ưu tiên. Quý vị có thể trả ít hơn cho một số loại thuốc nếu quý vị sử dụng những nhà thuốc này. Tiền đồng thanh toán có thể thay đổi phụ thuộc vào nhà thuốc quý vị chọn (ví dụ: Bán lẻ Ưu tiên, Bán lẻ Tiêu chuẩn, Đặt qua Bưu điện Ưu tiên, Đặt qua Bưu điện Tiêu chuẩn, Chăm sóc Dài Hạn (LTC), Tiêm truyền tại Nhà, v.v.) hoặc phụ thuộc vào việc quý vị nhận lượng thuốc đủ dùng trong một tháng hay ba tháng hoặc khi quý vị đạt đến một giai đoạn khác của quyền lợi Phần D hoặc tùy thuộc vào việc quý vị có nhận được “Trợ giúp Bổ sung” hay không. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho Dịch vụ Hội viên của chúng tôi theo số được cung cấp trong tài liệu này hoặc truy cập trực tuyến Chứng từ Bảo hiểm của quý vị. Nếu quý vị cư trú trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, tiền đồng thanh toán của quý vị cho lượng thuốc đủ dùng trong 31 ngày sẽ giống như tại một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày. Quý vị có thể mua thuốc ở nhà thuốc ngoài hệ thống nhưng có thể sẽ phải trả nhiều hơn số tiền quý vị cần trả tại nhà thuốc trong hệ thống.

QUYỀN LỢI BỔ SUNG

Các chương trình có thể cung cấp các quyền lợi bổ sung ngoài các quyền lợi Phần C và các quyền lợi Phần D.

QUYỀN LỢI	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
Dịch vụ Châm cứu <ul style="list-style-type: none">Chăm sóc châm cứu được Medicare đài thọChăm sóc châm cứu định kỳ	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$5 khoản đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	Các quy định về sự cho phép trước được áp dụng. Quý vị không cần giấy giới thiệu cho lần thăm khám châm cứu định kỳ đầu tiên. Mọi lần thăm khám tiếp theo đều cần có sự cho phép trước .
Dịch vụ Nắn bóp cột sống <ul style="list-style-type: none">Dịch vụ nắn bóp cột sống được Medicare đài thọDịch vụ nắn bóp cột sống định kỳ	Quý vị thanh toán \$0 Quý vị thanh toán \$5 khoản đồng thanh toán cho mỗi lần thăm khám	Các quy định về sự cho phép trước được áp dụng. Quý vị không cần giấy giới thiệu cho lần thăm khám nắn bóp cột sống định kỳ đầu tiên. Mọi lần thăm khám tiếp theo đều cần có sự cho phép trước .
Chăm sóc Sức khỏe tại Nhà (được Medicare đài thọ)	Quý vị thanh toán \$0	Các quy định về sự cho phép trước được áp dụng

QUYỀN LỢI	SCAN HEART FIRST	NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ NÊN BIẾT
<p>Thiết bị/Vật phẩm Y tế</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thiết bị Y tế Lâu bền (ví dụ: xe lăn, ôxy) • Bộ phận giả (ví dụ: nẹp chân, chân tay giả) • Vật phẩm cho bệnh nhân tiểu đường 	<p>Quý vị thanh toán \$0 cho các mặt hàng có chi phí mua từ \$0 đến \$99 dựa trên số tiền được Medicare chấp thuận.</p> <p>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí của các mặt hàng có chi phí mua từ \$100 trở lên</p> <p>Quý vị thanh toán \$0 cho các mặt hàng có chi phí mua từ \$0 đến \$99 dựa trên số tiền được Medicare chấp thuận.</p> <p>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí của các mặt hàng có chi phí mua từ \$100 trở lên</p> <p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Các quy định về sự cho phép trước áp dụng cho các thiết bị y tế lâu bền được đài thọ, các bộ phận cơ thể giả và một số vật phẩm cho bệnh nhân tiểu đường.</p> <p>SCAN đài thọ các vật phẩm cho bệnh nhân tiểu đường như máy đo đường huyết, que thử và dung dịch đối chứng từ một nhà sản xuất chọn lọc. Lưỡi chích cũng được đài thọ và có sẵn từ tất cả các nhà sản xuất.</p>
<p>Dịch vụ Thăm khám từ xa</p>	<p>Quý vị thanh toán \$0</p>	<p>Một buổi thăm khám với bác sĩ được cấp phép với sự thoải mái tại nhà riêng của quý vị. Quyền lợi này dành cho các tình trạng không đe dọa tính mạng chẳng hạn như, nhưng không giới hạn ở, ho, cảm cúm, buồn nôn, đau họng, sốt và dị ứng.</p> <p>Các buổi thăm khám với bác sĩ có thể được tiến hành qua điện thoại hoặc qua video an toàn từ máy tính hoặc điện thoại thông minh của quý vị.</p>
<p>Vật phẩm Không cần kê đơn (OTC)</p>	<p>Quý vị được đài thọ tối đa \$75 mỗi quý</p>	<p>Quý vị được đài thọ tối đa 2 lần vận chuyển mỗi quý và mọi số dư còn lại sẽ được chuyển sang quý tiếp theo. Quyền lợi này không được chuyển sang năm tiếp theo.</p>

QUYỀN LỢI BỔ SUNG TỰY CHỌN

CÁC DỊCH VỤ NHA KHOA – SCAN HEART FIRST

PPO Dental Plan California

Phí bảo hiểm Hàng tháng

\$42 mỗi tháng

- Tiếp cận một hệ thống lớn các nhà cung cấp dịch vụ Delta Dental DPPO
- Bao gồm hơn 300 thủ thuật nha khoa
- Bảo hiểm nha khoa toàn diện
- Dịch vụ nha khoa được cung cấp bởi các nha sĩ trong và ngoài hệ thống
- Các dịch vụ với nha sĩ trong hệ thống sẽ có các khoản đồng thanh toán có thể dự đoán trước
- Phạm vi bảo hiểm tối đa là \$2,000 cho các nha sĩ không thuộc Delta Dental Medicare PPO

SCAN Heart First có hệ thống các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp dịch vụ khác. Nếu quý vị sử dụng các nhà cung cấp dịch vụ không trong hệ thống của chúng tôi, chương trình có thể không thanh toán cho các dịch vụ này.

GIỚI THIỆU VỀ SCAN HEART FIRST

Ai có thể tham gia?	Quý vị phải: <ul style="list-style-type: none">- có cả Medicare Phần A và Phần B- sống trong khu vực dịch vụ của chương trình (Quận Cam, California)- là công dân Hoa Kỳ hoặc hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ- được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tim mạch và/hoặc suy tim mạn tính
Số Điện thoại (dành cho Hội viên)	1-800-559-3500
Số Điện thoại (Không phải Hội viên)	1-877-870-4867 Cuộc gọi đến số này sẽ chuyển hướng quý vị đến một đại lý bảo hiểm được cấp phép.
TTY	711
Giờ Làm việc	Ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần Ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu Tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được phản hồi trong vòng một ngày làm việc.
Trang web	http://www.scanhealthplan.com

Để biết thêm thông tin về bảo hiểm và các chi phí của Original Medicare, hãy tham khảo sổ tay **"Medicare & Quý vị"** hiện hành của quý vị. Quý vị có thể xem thông tin trực tuyến tại <https://www.medicare.gov> hoặc nhận bản sao bằng cách gọi cho 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Thông tin này không mô tả đầy đủ về các phúc lợi. Vui lòng gọi số 1-800-559-3500 (TTY: 711) để biết thêm thông tin.

Quý vị có thể nhận thuốc kê đơn được chuyển tới tận nhà thông qua chương trình giao thuốc đặt qua bưu điện trong hệ thống của chúng tôi. Express Scripts PharmacySM là nhà thuốc đặt qua bưu điện Ưu tiên của chúng tôi. Mặc dù quý vị có thể mua thuốc theo toa tại bất kỳ nhà thuốc nào trong số các nhà thuốc đặt qua bưu điện trong hệ thống của chúng tôi, quý vị có thể trả ít hơn khi mua tại nhà thuốc đặt qua bưu điện Ưu tiên. Thông thường, quý vị dự tính nhận được thuốc kê đơn trong vòng 14 ngày kể từ khi nhà thuốc đặt qua bưu điện Express Scripts nhận được đơn hàng. Nếu quý vị không nhận được (các) thuốc kê đơn trong khoảng thời gian này, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Hội viên của SCAN Health Plan theo số 1-800-559-3500, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được phản hồi trong vòng một ngày làm việc). TTY: 711. Đối với thuốc kê đơn đặt qua bưu điện, quý vị có lựa chọn đăng ký chương trình tái mua thuốc tự động bằng cách liên hệ với Express Scripts Pharmacy theo số 1-866-553-4125, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY xin gọi 711. Quý vị có thể rút khỏi chương trình giao thuốc tự động bất kỳ lúc nào. Có các nhà thuốc khác trong hệ thống của chúng tôi.

Danh mục kiểm Trước Ghi danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ các quyền lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi và trao đổi với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-877-870-4867 (Người dùng TTY xin gọi số 711) Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được phản hồi trong vòng một ngày làm việc.

Hiểu các Quyền lợi

- Xem lại danh sách đầy đủ các quyền lợi trong Chứng từ Bảo hiểm (EOC), đặc biệt là đối với những dịch vụ yêu cầu quý vị thường xuyên đến gặp bác sĩ. Truy cập www.scanhealthplan.com hoặc gọi 1-877-870-4867 để xem bản sao EOC.
- Xem lại danh bạ nhà cung cấp dịch vụ (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo rằng các bác sĩ mà quý vị hiện đang thăm khám có trong hệ thống. Nếu các bác sĩ không được liệt kê, có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem lại danh mục nhà thuốc để đảm bảo rằng nhà thuốc nơi quý vị mua bất cứ loại thuốc kê đơn nào có trong hệ thống. Nếu nhà thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho đơn thuốc của mình.

Hiểu các Quy tắc Quan trọng

- Ngoài phí bảo hiểm chương trình hàng tháng, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B. Phí bảo hiểm này thường được lấy từ séc An sinh Xã hội của quý vị mỗi tháng.
- Các 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.
- Trừ những trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi sẽ không đài thọ cho các dịch vụ của các nhà cung cấp dịch vụ ngoài hệ thống (các bác sĩ không được liệt kê trong danh bạ nhà cung cấp dịch vụ).
- Chương trình này là một chương trình dành cho người có nhu cầu đặc biệt mắc bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên kết quả xác minh rằng quý vị mắc tình trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc khuyết tật cụ thể đủ điều kiện.

SCAN Health Plan và SCAN Desert Health Plan tuân thủ luật về quyền công dân hiện hành của liên bang và không phân biệt đối xử, loại trừ mọi người, hoặc đối xử với họ khác biệt dựa trên, hoặc vì, chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. SCAN Health Plan và SCAN Desert Health Plan cung cấp viện trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn như thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có trình độ và thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác (bản in lớn, âm thanh, các định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác). SCAN Health Plan và SCAN Desert Health Plan cung cấp dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người mà ngôn ngữ mẹ đẻ không phải tiếng Anh, chẳng hạn thông dịch viên có trình độ và thông tin viết bằng các ngôn ngữ khác. Nếu quý vị cần những dịch vụ này, liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Thành viên của SCAN.

Nếu quý vị tin rằng SCAN Health Plan hoặc SCAN Desert Health Plan đã không cung cấp được những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác đi dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, quý vị có thể gửi than phiền trực tiếp, qua điện thoại, thư, hoặc fax, đến

SCAN Member Services

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Health Plan, California 1-800-559-3500 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Nevada 1-855-827-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Texas 1-855-844-7226 FAX: 1-562-989-0958

SCAN Desert Health Plan, Arizona 1-855-650-7226 FAX: 1-562-989-0958

TTY: 711

Hoặc bằng cách điền vào mẫu “Nộp đơn Than phiền (File a Grievance)” trên trang web của chúng tôi tại: <https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Nếu quý vị cần giúp gửi đơn than phiền, Bộ phận Dịch vụ Thành viên của SCAN sẽ sẵn sàng giúp đỡ quý vị.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về quyền công dân với Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Quyền Công dân qua điện tử thông qua Cổng Thông tin về Khiếu nại của Văn phòng Quyền Công dân, có tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua thư hoặc gọi điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Mẫu đơn khiếu nại hiện có sẵn tại trang mạng <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại quyền công dân tới Sở Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California, Văn phòng Dân quyền qua điện thoại, văn bản hoặc điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi số 1-916-440-7370. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi 711 (Dịch vụ Chuyển tiếp Truyền thông).
- Bằng văn bản: Điền vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến: Phó Giám đốc, Văn phòng Dân quyền
Department of Health Care
Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS
0009 Sacramento, CA
95899-7413

Mẫu đơn khiếu nại có sẵn tại http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Phương thức điện tử: Gửi email đến CivilRights@dhcs.ca.gov

English: 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 (CA: 1-800-559-3500) (AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Traditional: 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Simplified: 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226) հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیست با شماره (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、(CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Arabic: بنا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian: យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មកម្រិតខ្ពស់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលមានបញ្ហាសុខភាព ឬផែនការសុខភាពយើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានកម្រិតខ្ពស់នៃសេវាកម្ម គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.