



Encuentre el plan adecuado para usted

Descubra los beneficios de Central Health Medicare Plan

Central Health Medicare Plan (HMO) 001

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal o un Plan de Necesidades Especiales. Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.

Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006

Este plan es una buena opción para cualquier persona con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, o diabetes, que no califique para Medi-Cal. Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.

Central Health Savings Plan (HMO) 019

Este plan es una buena opción para cualquier persona que no califique para Medi-Cal o un Plan de Necesidades Especiales. Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.

Central Health Premier Plan II (HMO) 21-2

Este plan es una buena opción para personas que reciben algún nivel de cobertura de Medi-Cal o ayuda adicional.

Central Health Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Central Health Medicare Plan depende de la renovación del contrato.

Contáctenos



Llame al número gratuito
1-866-314-2427, TTY 711



Visite nuestro sitio web
centralhealthplan.com



Horario de atención
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana







Dirección
2400 E. Katella Ave., Suite 1100
Anaheim, CA 92806



Beneficios destacados

Sur de California
Los Ángeles
2024

 DETALLES DEL PLAN	CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN (HMO) 001	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 019	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-2
Prima mensual del plan	\$0	\$0	\$0	\$41 ⁵
Reembolso de la Parte B	\$0	\$35	\$120	\$0
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de bolsillo (MOOP)	\$1,100	\$1,800	\$2,900	\$1,199
 ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 001	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 21-2
Médicos de atención primaria	\$0	\$0	\$0	\$0
Especialistas²	\$0	\$0	\$10	\$0
Atención de urgencia	\$0	\$0	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico²	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio²	\$0	\$0	\$0	\$0
MRI, CAT Scan²	\$0	\$0-\$75	\$0-\$75	\$0
Radiografías²	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia física²	\$0	\$0	\$10	\$0
 ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA	PLAN 001	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 21-2¹
Hospitalización²	\$0	\$0	\$150/día (por los días 1 a 5) \$0/día (por los días 6 a 90)	\$50/día (por los días 1 a 6) \$0/día (por los días 7 a 90)
Atención ambulatoria²	\$0	\$0	\$0-\$225	\$0-\$150
Atención de emergencia³	\$0-\$135	\$0-\$125	\$0-\$135	\$0-\$100
Ambulancia (por tierra)²	\$0-\$100	\$0-\$100	\$0-\$150	\$0-\$150

 COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN (HMO) 001	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 019	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-2
Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible	\$0
Cobertura Inicial Usted se encuentra en la etapa de Cobertura Inicial hasta que alcance los \$5,030 en costos de medicamentos (monto acumulado del año hasta la fecha). Farmacia minorista contratada por Central Health Plan (Suministro de 1 mes/30 días)				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 3: De marca preferido	\$35	\$35	\$47	\$35 ⁵
NIVEL 4: No preferido	\$75	\$75	\$100	\$75 ⁵
NIVEL 5: Nivel especializado	33%	33%	33%	33% ⁵
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Interrupción de cobertura Usted, permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$8,000.				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$0	\$0	25%	\$0
NIVEL 3: De marca preferido	25%	25%	25%	25% ⁵
NIVEL 4: No preferido	25%	25%	25%	25% ⁵
NIVEL 5: Nivel especializado	25%	25%	25%	25% ⁵
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0




¹ Se pueden aplicar limitaciones. No todos los miembros califican.

² Los servicios pueden necesitar autorización y/o una referencia médica.

³ Se exonera del copago si es ingresado/(a) al hospital o reingresado/(a) a la sala de emergencias dentro de las siguientes 72 horas.

⁴ Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su evidencia de cobertura EOC para más detalles.

⁵ Podría ser menos dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

 BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN (HMO) 001	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 019	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-2
Examen rutinario de los ojos²	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para anteojos^{2,4}	\$300 al año; todos los materiales para la vista cubiertos	\$150 al año; todos los materiales para la vista cubiertos	\$150 al año; todos los materiales para la vista cubiertos	\$300 al año; todos los materiales para la vista cubiertos
Atención dental preventiva⁴ (e.g., examen bucal, radiografías, limpiezas)	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41
Aparato auditivo²	\$2,000 de asignación	\$2,000 de asignación	\$699 - \$999 de copago; 2 aparatos auditivos al año	\$3,000 de asignación
Transporte²	\$0 por 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta un límite de 50 millas)	\$0 por 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta un límite de 50 millas)	\$0 por 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta un límite de 50 millas)	\$0 por 48 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (hasta un límite de 50 millas)
Acupuntura²	\$0 (tratamientos ilimitados)	\$0 (tratamientos ilimitados)	\$0 (tratamientos ilimitados)	\$0 (tratamientos ilimitados)
 PROGRAMAS DE BIENESTAR	PLAN 001	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 21-2
Membresía de gimnasio – SilverSneakers²	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para alimentos saludables⁴	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	No cubierto	Hasta \$25/mes para alimentos saludables
Made Easy Meals^{1,2}	\$0 2 comidas/día por 14 días, 4 veces/año	\$0 2 comidas/día por 14 días, 4 veces/año	No cubierto	\$0 2 comidas/día por 14 días, 4 veces/año
Telesalud	\$0	\$0	\$0	\$0
Sistema Personal de Respuesta a Emergencia (PERS)²	\$0	\$0	\$0	\$0
 TARJETA FLEX DE CHP	PLAN 001	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 21-2
Artículos de venta libre	\$50 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$46 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$40 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$50 al mes incluye catálogo de productos herbales
Asignación de acondicionamiento físico	\$40 al mes	N/A	\$20 al mes	\$20 al mes
Asignación dental	N/A	N/A	N/A	\$165 cada 6 meses