



Encuentre el plan adecuado para usted

Descubra los beneficios de Central Health Medicare Plan

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 I (HMO) 20-2

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

Central Health Premier Plan II (HMO) 21-1

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

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

Contáctenos



Llame a la línea gratuita
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
Condados de Orange, Riverside,
San Bernardino
2024

Central Health
Focus Plan I
(HMO C-SNP) 006
LA, SB, OC

Central Health
Savings Plan I
(HMO) 019
LA, SB, RS, OC

Central Health
Premier Plan I
(HMO) 20-2
SB, RS, OC


Central Health
Premier Plan II
(HMO) 21-1
SB, RS, OC

 DETALLES DEL PLAN	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 019	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN I (HMO) 20-2	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-1
Prima mensual del plan	\$0	\$0	\$41 ⁵	\$0
Reembolso de la Parte B	\$35	\$120	\$0	\$0
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de bolsillo (MOOP)	\$1,800	\$2,900	\$899	\$1,199
 ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 20-2	PLAN 21-1
Médicos de atención primaria	\$0	\$0	\$0	\$0
Especialistas²	\$0	\$10	\$0	\$0
Atención de urgencias	\$0	\$0	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico²	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio²	\$0	\$0	\$0	\$0
MRI, CAT Scan²	\$0-\$75	\$0-\$75	\$0	\$0
Radiografías²	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia física²	\$0	\$10	\$0	\$0
 ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 20-2	PLAN 21-1
Hospitalización²	\$0	\$150 (por día, días 1-5) \$0 (por día, días 6-90)	\$0	\$0
Atención ambulatoria²	\$0	\$0-\$225	\$0-\$100 ¹	\$0-\$20
Atención de emergencia³	\$0-\$125	\$0-\$135	\$0-\$100 ¹	\$0-\$100
Ambulancia (por tierra)²	\$0-\$100	\$0-\$150	\$0-\$150 ¹	\$0-\$75

¹ Costo podría ser menos si su Medi-Cal no cubre el costo compartido del servicio cubierto por Medicare.




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

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

 COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 019	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN I (HMO) 20-2	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-1
Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible	Sin deducible
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	\$47	\$35 ⁵	\$35
NIVEL 4: No preferido	\$75	\$100	\$75 ⁵	\$75
NIVEL 5: Nivel especializado	33%	33%	33% ⁵	33%
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0
Interrupción en la cobertura				
Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” del año en curso hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$8,000.				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$0	25%	\$0	\$0
NIVEL 3: De marca preferido	25%	25%	25% ⁵	25%
NIVEL 4: No preferido	25%	25%	25% ⁵	25%
NIVEL 5: Nivel especializado	25%	25%	25% ⁵	25%
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0

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

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

 BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH SAVINGS PLAN (HMO) 019	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN I (HMO) 20-2	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-1
Examen rutinario de los ojos²	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para artículos de la visión^{2,4}	\$150 al año; todos los artículos de la visión cubiertos	\$150 al año; todos los artículos de la visión cubiertos	\$300 al año; todos los artículos de la visión cubiertos	\$300 al año; todos los artículos de la visión cubiertos
Servicios dentales preventivos⁴ (e.g., examen dental, radiografías, limpiezas)	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41
Aparatos auditivos²	\$2,000 de asignación	\$699 - \$999 de copago; 2 aparatos auditivos al año	\$3,000 de asignación	\$2,000 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 48 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 006	PLAN 019	PLAN 20-2	PLAN 21-1
Membresía de gimnasio – SilverSneakers²	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para alimentos saludables⁴	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	No cubierto	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	Hasta \$25/mes para alimentos saludables
Made Easy Meals^{2,4}	\$0 2 comidas/día 14 días, 4 veces/ año	No cubierto	\$0 2 comidas/día 14 días, 4 veces/ año	\$0 2 comidas/día 14 días, 4 veces/ año
Telesalud	\$0	\$0	\$0	\$0
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)²	\$0	\$0	\$0	\$0
 TARJETA FLEX DE CHP	PLAN 006	PLAN 019	PLAN 20-2	PLAN 21-1
Artículos de venta libre	\$46 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$40 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$50 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$51 al mes incluye catálogo de productos herbales
Asignación de acondicionamiento físico	N/A	\$20 al mes	\$20 al mes	\$50 al mes
Asignación dental	N/A	N/A	\$165 cada 6 meses	N/A