



**Encuentre el plan adecuado para usted**

## Descubra los beneficios de Central Health Medicare Plan

### Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008

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 Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) 009

Este plan es una buena opción para personas que son elegibles para Medi-Cal.

Central Health Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en el plan de 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

**Ventura**  
2024

Central Health  
**Ventura Medicare Plan**  
(HMO) 008  
VC

Central Health  
**Ventura Medi-Medi Plan**  
(HMO D-SNP) 009  
VC




 <b>DETALLES DEL PLAN</b>	<b>CENTRAL HEALTH VENTURA MEDICARE PLAN (HMO) 008</b>	<b>CENTRAL HEALTH VENTURA MEDI-MEDI PLAN (HMO D-SNP) 009<sup>4</sup></b>
Prima mensual del plan	\$0	\$41 <sup>5</sup>
Reembolso de la Parte B	\$0	\$0
Deducible	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de su bolsillo (MOOP)	\$3,850	\$0
 <b>ATENCIÓN INTEGRAL</b>	<b>PLAN 008</b>	<b>PLAN 009</b>
Médicos de atención primaria	\$0	\$0
Especialistas <sup>1</sup>	\$0	\$0
Atención de urgencia	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico <sup>1</sup>	\$0	\$0
Servicios de laboratorio <sup>1</sup>	\$0	\$0
MRI, CAT Scan <sup>1</sup>	\$0-\$120	\$0
Radiografías <sup>1</sup>	\$0	\$0
Terapia física <sup>1</sup>	\$0	\$0
 <b>ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA</b>	<b>PLAN 008</b>	<b>PLAN 009</b>
Hospitalización <sup>1</sup>	\$125 (por día, días 1-6) \$0 (por día, días 7-90)	\$0
Atención ambulatoria <sup>1</sup>	\$0-\$175	\$0
Atención de emergencia <sup>2</sup>	\$0-\$135	\$0
Ambulancia (por tierra) <sup>1</sup>	\$0-\$225	\$0

<sup>1</sup> Los servicios pueden necesitar autorización y/o una referencia médica.




<sup>2</sup> Se exonera del copago si es ingresado/(a) al hospital o reingresado/(a) a la sala de emergencias dentro de las siguientes 72 horas.

<sup>3</sup> Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su evidencia de cobertura EOC para más detalles.

 <b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>	<b>CENTRAL HEALTH VENTURA MEDICARE PLAN (HMO) 008</b>	<b>CENTRAL HEALTH VENTURA MEDI-MEDI PLAN (HMO D-SNP) 009</b>
Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)	\$0	\$545 <sup>5</sup>
<b>Cobertura Inicial</b> 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). <b>Farmacia minorista contratada por Central Health Plan</b> (Suministro de 1 mes/30 días)		
<b>NIVEL 1: Genérico preferido</b>	\$0	\$0
<b>NIVEL 2: Genérico</b>	\$0	<b>\$0, \$1.55 o \$4.50</b> para medicamentos genéricos <sup>5</sup> <b>\$0, \$4.60 o \$11.20</b> para medicamentos de marca <sup>5</sup>
<b>NIVEL 3: De marca preferido</b>	\$47	
<b>NIVEL 4: No preferido</b>	\$100	
<b>NIVEL 5: Nivel especializado</b>	33%	
<b>NIVEL 6: Atención selectiva</b>	\$0	\$0
<b>Interrupción de cobertura</b> Usted permanece en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$8,000		
<b>NIVEL 1: Genérico preferido</b>	\$0	\$0
<b>NIVEL 2: Genérico</b>	25%	<b>\$0, \$1.55 o \$4.50</b> para medicamentos genéricos <sup>5</sup> <b>\$0, \$4.60 o \$11.20</b> para medicamentos de marca <sup>5</sup>
<b>NIVEL 3: De marca preferido</b>	25%	
<b>NIVEL 4: No preferido</b>	25%	
<b>NIVEL 5: Nivel especializado</b>	25%	
<b>NIVEL 6: Atención selectiva</b>	\$0	\$0

<sup>4</sup> Sus costos podrían ser menos si su Medi-Cal no cubre el costo compartido del servicio cubierto por Medicare.

<sup>5</sup> Costo podría ser menos dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

 <b>BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES</b>	<b>CENTRAL HEALTH VENTURA MEDICARE PLAN (HMO) 008</b>	<b>CENTRAL HEALTH VENTURA MEDI-MEDI PLAN (HMO D-SNP) 009</b>
Examen rutinario de los ojos <sup>1</sup>	\$0	\$0
Asignación para anteojos <sup>1,3</sup>	\$150 al año; todos los materiales para la vista cubiertos	\$300 al año; todos los materiales para la vista cubiertos
<b>Servicios dentales preventivos<sup>3</sup></b> (e.g., examen bucal, radiografías, limpiezas)	\$0-\$41	\$0-\$41
<b>Aparato auditivo<sup>1</sup></b>	<b>\$2,000 de asignación</b>	<b>\$3,000 de asignación</b>
<b>Transporte<sup>1</sup></b>	\$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)
<b>Acupuntura<sup>1</sup></b>	\$0 (tratamientos ilimitados)	No cubierto
 <b>PROGRAMAS DE BIENESTAR</b>	<b>PLAN 008</b>	<b>PLAN 009</b>
<b>Membresía de gimnasio – SilverSneakers<sup>1</sup></b>	\$0	\$0
<b>Asignación para alimentos saludables<sup>3</sup></b>	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	Hasta \$25/mes para alimentos saludables
<b>Made Easy Meals<sup>1,3</sup></b>	No cubierto	\$0 14 comidas/mes durante 12 meses (168 en total)
<b>Telesalud</b>	\$0	\$0
<b>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)<sup>1</sup></b>	\$0	\$0
 <b>TARJETA FLEX DE CHP</b>	<b>PLAN 008</b>	<b>PLAN 009</b>
<b>Artículos de venta libre</b>	\$35 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$47 al mes incluye catálogo de productos herbales
<b>Asignación de acondicionamiento físico</b>	\$20 al mes	\$20 al mes
<b>Asignación dental</b>	N/A	N/A