



# Resumen de Beneficios

2025

Alameda  
Contra Costa  
Fresno  
Los Angeles

Orange  
San Bernardino  
San Joaquin  
Santa Clara

Central Health Focus  
Plan (HMO  
C-SNP) (06)

# 2025 Resumen de Beneficios

## Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) H5649-006

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

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

En la información sobre los beneficios proporcionada no se enumeran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la “Evidencia de Cobertura” [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).

Para inscribirse en **Central Health Focus Plan (HMO C-SNP)**, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Además, debe tener diabetes, insuficiencia cardíaca crónica (ICC) o trastornos cardiovasculares (solo incluye arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Alameda, Contra Costa, Fresno, Los Angeles, Orange, San Bernardino, San Joaquin y Santa Clara.

Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, si acude a proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**” actual. Consúltelo en línea en [Medicare.gov](http://Medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, incluidos algunos feriados federales. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

**¿Tiene preguntas?** Llame al Servicio para Miembros de Plan Central Health Medicare al (866) 314-2427, TTY: 711, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre) o visite nuestro sitio web en [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).

Primas y beneficios	Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)
<b>Prima mensual del plan</b> Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	<b>\$0</b>
<b>Deducible</b>	<b>Sin deducible</b>
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye medicamentos recetados)	<b>No más de \$1,800 al año</b>
<b>Internaciones en el hospital*</b>	<b>\$0 por estadía</b>
<b>Hospitalización para pacientes ambulatorios*‡</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Centro de cirugía ambulatoria*</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b>
<b>Atención preventiva</b> Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la influenza, pruebas de detección para diabéticos, etc.*</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Atención de emergencia</b> El copago se cancela si el paciente es admitido en el hospital o si es admitido nuevamente en la sala de emergencias en un plazo de 72 horas.	<b>\$0 - \$135 de copago</b>
<b>Atención de urgencia</b>	<b>\$0 de copago</b>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener información sobre servicios específicos.

Primas y beneficios	Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)
<p><b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• MRI, exploración por CAT</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$75 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Servicios de audición*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>• Examen de audición de rutina Uno por año</li> <li>• Adaptación y evaluación de audífonos Una por año</li> <li>• Audífonos</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>Asignación para audífonos de hasta \$2,000 por año a través de NationsHearing.</b></p>
<p><b>Servicios dentales†*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Exámenes bucales</li> <li>◦ Radiografías</li> <li>◦ Limpiezas</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Prostodoncia removible</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Servicios de implantes</li> <li>• Prótesis fija</li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial</li> <li>• Ortodoncia</li> <li>• Servicios generales adicionales</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$17 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$41 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$424 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$220 de copago</b></p> <p><b>Sin cobertura</b></p> <p><b>\$0 - \$2,160 de copago</b></p> <p><b>\$75 - \$295 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$237 de copago</b></p> <p><b>Sin cobertura</b></p> <p><b>\$0 - \$166 de copago</b></p>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

† Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

Primas y beneficios	Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)
<p><b>Servicios para la Visión*†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>• Anteojos cubiertos por Medicare</li> <li>• Examen de la vista de rutina</li> <li>• Imágenes retinianas</li> <li>• Asignación para anteojos</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b> Un examen por año</p> <p><b>\$0 de copago</b> Un examen por año</p> <p><b>Hasta \$150 por año</b></p>
<p><b>Servicios de salud mental*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia individual para pacientes ambulatorios</li> <li>• Terapia grupal para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Centros de enfermería especializada (SNF)*</b></p>	<p><b>\$0 por estadía</b></p>
<p><b>Fisioterapia*</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Ambulancia (por tierra)*</b></p>	<p><b>\$0 - \$200 de copago por viaje</b></p>
<p><b>Ambulancia (por aire)*</b></p>	<p><b>\$200 de copago</b></p>
<p><b>Transporte*</b></p>	<p><b>\$0 para 24 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)</b></p>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para quimioterapia</li> <li>• Otros medicamentos de la Parte B</li> <li>• Medicamentos de insulina de la Parte B</li> </ul>	<p><b>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</b></p> <p><b>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

† Pueden aplicarse limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)

**Deducible de la Parte D  
(Niveles 2 al 5)**

**Sin deducible**

**Suministro de 31 días para  
medicamentos recetados  
en venta minorista**

**Suministro de 100 días  
para pedidos por correo**

**Insulinas de la Parte D  
Nivel 3: Medicamentos de  
marca preferidos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Cobertura inicial**

Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$2,000

**Nivel 1 – Genéricos preferidos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Nivel 2 – Genéricos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos**

**\$35 de copago**

**\$70 de copago**

**Nivel 4 – Medicamentos de marca no preferidos**

**\$75 de copago**

**\$150 de copago**

**Nivel 5 – Nivel de medicamentos especializados**

**33% del costo**

**No disponible**

**Nivel 6 – Atención selecta**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Cobertura Catastrófica**

Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$2,000

En esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2025).

Las distribuciones de costos podrían cambiar dependiendo de la farmacia que use y cuando entre a una nueva fase del beneficio de la Parte D.

Beneficios adicionales	Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)
<b>Telesalud 24/7</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Acupuntura*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura cubierta por Medicare</li> <li>• Acupuntura de rutina</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b> <b>Consultas ilimitadas todos los años.</b>
<b>Servicios quiroprácticos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Equipo médico duradero (DME)*</b>	<b>\$0 - 20% de coseguro</b>
<b>Tarjeta Flex</b> Dispondrá de una tarjeta que podrá utilizar en las tiendas minoristas para acceder a todos los beneficios individuales que se indican a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Artículos de venta libre (OTC), incluidos los audífonos OTC</b></li> <li>• <b>Asignación para acondicionamiento físico</b></li> </ul>	<b>Hasta \$131 cada 3 meses</b>  <b>Hasta \$20 cada mes</b>
<b>Membresía en gimnasio*</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Asignación para alimentos saludables‡*</b> Este es un beneficio especial para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). La persona inscrita debe tener arritmia cardíaca, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad vascular periférica, trastorno tromboembólico venoso crónico, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), demencia o diabetes para ser elegible. No todos los miembros con condiciones calificadas serán elegibles para el beneficio.	<b>Hasta \$50 todos los meses para alimentos saludables para aquellos miembros con una condición crónica que califique</b>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.

Beneficios adicionales	Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)
Catálogo de hierbas	Los productos del catálogo están cubiertos a través de su asignación para artículos de venta libre (OTC). Estos artículos solo los puede pedir a través de un proveedor del plan aprobado, pero no en una tienda minorista. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.
Servicios de apoyo en el hogar*	\$0 de copago por hasta 20 horas por año calendario. No todos los miembros calificarán, consulte su EOC para obtener más información.
Servicios de comidas (Programa Made Easy Meals)*‡	<p>\$0 de copago Reciba 14 comidas cada semana, durante 12 semanas (168 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez por semana.</p> <p>\$0 de copago Reciba 2 comidas al día, durante 14 días inmediatamente después de una cirugía u internación en el hospital, o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período. Puede usar este beneficio hasta 4 veces por año.</p>
Los servicios del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*	\$0 de copago

\* Los servicios pueden requerir autorización.

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.



Beneficios adicionales	Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) (06)
<p><b>Balanzas‡*</b></p> <p>Este es un beneficio especial para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). La persona inscrita debe tener insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o enfermedad renal para ser elegible. No todos los miembros con condiciones calificadas serán elegibles para el beneficio.</p>	<p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Atención de emergencia a nivel mundial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de urgencia</li> <li>• Sala de emergencias</li> <li>• Transporte de emergencia</li> </ul>	<p><b>\$135 de copago</b></p> <p><b>Cobertura hasta \$100,000</b></p>
<p><b>Beneficios dentales complementarios opcionales mejorados</b></p>	<p>Cobertura dental adicional disponible por \$45 por mes.</p> <p>La cobertura es de hasta \$1,500 por año para proveedores fuera de la red.</p> <p>Servicios dentales preventivos: 10% de coseguro</p> <p>Servicios dentales integrales: 70% de coseguro</p>

‡ Consulte la Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener detalles sobre servicios específicos.

\* Los servicios pueden requerir autorización.