

Resumen de Beneficios

2025

| | |
|--------------|---------------|
| Alameda | San Francisco |
| Contra Costa | San Joaquin |
| Fresno | San Mateo |
| Imperial | Santa Clara |
| Kern | Solano |
| Kings | Stanislaus |
| Madera | Tulare |
| Orange | Yolo |
| Placer | |

**Central Health Dual
Access Plan (HMO
D-SNP) (24)**

2025 Resumen de Beneficios

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) H5649-024

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.

Este plan es un **plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP)** para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Como beneficiario con doble elegibilidad, sus servicios son pagados por Medicare y, luego, por Medicaid. Lo que cubre Medicaid depende del tipo de elegibilidad de Medicaid que usted tenga. Para inscribirse en **Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)**, debe estar en una de las siguientes categorías de elegibilidad de Medicaid:

- **Beneficiario calificado para Medicare (QMB):** Medicaid cubre los montos de las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. De lo contrario, usted no es elegible para ningún beneficio de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Medicaid cubre los montos de las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. También es elegible para acceder a los beneficios completos de Medicare, secundarios a su cobertura de Medicare.
- **Doblemente elegible con beneficios completos – Solo Medicaid:** Usted es elegible para todos los beneficios de Medicaid. Medicaid puede proporcionar asistencia con la distribución de costos de Medicare. Por lo general, su distribución de costos es \$0 cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar una distribución de costos de Medicare cuando el servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid.

Si su categoría de elegibilidad para Medicaid cambia, su distribución de costos también puede aumentar o disminuir. Usted debe seguir siendo elegible y estar inscrito en Medicaid para permanecer inscrito en este plan. También debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

La elegibilidad para el beneficio modelo o los Programas Incentivos y Recompensas (RI) bajo el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) no está asegurada y será determinada por la Organización de Medicare Advantage (MAO) después de la inscripción, según los criterios relevantes, por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de manejo del estado de la enfermedad en caso de que la elegibilidad de miembros específicos para los beneficios modelo o los programas RI no esté asegurada o no pueda determinarse antes de un año del plan, según corresponda.

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 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.

| Primas y beneficios | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) | Su costo con Medicare + Medi-Cal completo |
|---|---|---|
| Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. | \$2.20 | \$0 |
| Deducible | Sin deducible | Sin deducible |
| Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados) | No más de \$9,350 al año | \$0 |
| Internaciones en el hospital* | Deducible de \$1,632 \$0 de copago por día para los días del 1–60 \$408 de copago por día para los días del 61–90 \$816 de copago por día por cada día de reserva de por vida Estos son los montos de distribución de costos que corresponden al 2024 y que podrían cambiar para el 2025. Proporcionaremos las tarifas actualizadas en www.centralhealthplan.com tan pronto como se publiquen. | \$0 de copago |
| Hospitalización para pacientes ambulatorios*‡ | 20% de coseguro | \$0 de copago |
| Centro de cirugía ambulatoria* | 20% de coseguro | \$0 de copago |

* Los servicios pueden requerir autorización.

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

| Primas y beneficios | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) | Su costo con Medicare + Medi-Cal completo |
|---|--|--|
| Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* | 35% de coseguro 35% de coseguro | \$0 de copago \$0 de copago |
| Atención preventiva Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la influenza, pruebas de detección para diabéticos, etc.* | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Atención de emergencia 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. | \$110 de copago | \$0 de copago |
| Atención de urgencia | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes* <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • MRI, exploración por CAT • Radiografías | 20% de coseguro \$0 de copago 20% de coseguro 20% de coseguro | \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) | Su costo con Medicare + Medi-Cal completo |
|--|--|---|
| <p>Servicios de audición*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición cubierto por Medicare • Examen de audición de rutina Uno por año • Adaptación y evaluación de audífonos Una por año • Audífonos | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$49 de copago por audífono para el modelo inicial</p> <p>\$149 de copago por audífono para el modelo básico</p> <p>\$449 de copago por audífono para el modelo principal</p> <p>\$849 de copago por audífono para el modelo preferido</p> <p>\$1,049 de copago por audífono para el modelo avanzado</p> <p>\$1,549 de copago por audífono para el modelo prémium</p> <p>Usted recibe 2 audífonos cada 3 años.</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p> |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) | Su costo con Medicare + Medi-Cal completo |
|---|--|---|
| <p>Servicios dentales†*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Servicios dentales preventivos <ul style="list-style-type: none"> ◦ Exámenes bucales ◦ Radiografías ◦ Limpiezas <p>Servicios dentales integrales*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia removible • Prótesis • Servicios de implantes • Prótesis fija • Cirugía bucal y maxilofacial • Ortodoncia • Servicios generales adicionales | <p>\$0 de copago</p> <p>Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura Sin cobertura</p> <p>Sin cobertura Sin cobertura</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p> |
| <p>Servicios para la visión*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de la vista cubiertos por Medicare • Anteojos cubiertos por Medicare • Examen de la vista de rutina • Imágenes retinianas • Asignación para anteojos | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago Un examen por año</p> <p>\$0 de copago Un examen por año</p> <p>Hasta \$300 por año</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</p> |

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

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) | Su costo con Medicare + Medi-Cal completo |
|--|--|--|
| Servicios de salud mental* <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios • Terapia grupal para pacientes ambulatorios | \$50 de copago \$50 de copago | \$0 de copago \$0 de copago |
| Centros de enfermería especializada (SNF)* | \$0 de copago por día para los días del 1–20 \$204 de copago por día para los días del 21–100 Estos son los montos de distribución de costos que corresponden al 2024 y que podrían cambiar para el 2025. Proporcionaremos las tarifas actualizadas en www.centralhealthplan.com tan pronto como se publiquen. | \$0 de copago |
| Fisioterapia* | \$50 de copago | \$0 de copago |
| Ambulancia (por tierra)* | 20% de coseguro por viaje | \$0 de copago |
| Ambulancia (por aire)* | 20% de coseguro | \$0 de copago |
| Transporte* | \$0 para 24 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas) | Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal. |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) | Su costo con Medicare + Medi-Cal completo |
|---|--|---|
| <p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para quimioterapia • Otros medicamentos de la Parte B • Medicamentos de insulina de la Parte B | <p>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</p> <p>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</p> <p>\$35 de copago</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> |

* Los servicios pueden requerir autorización.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24)

Deducible de la Parte D

\$0*

* Para miembros que reciben "Ayuda Extra"

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*

* Para miembros que reciben "Ayuda Extra"

Cobertura inicial

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

Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)

\$0 de copago*

\$0 de copago*

Todos los demás medicamentos

\$0 de copago*

\$0 de copago*

* Para miembros que reciben "Ayuda Extra"

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 Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) |
|---|--|
| Telesalud 24/7 | \$0 de copago |
| Acupuntura* <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura cubierta por Medicare • Acupuntura de rutina | \$0 de copago \$0 de copago Hasta 30 consultas por año combinadas con servicios quiroprácticos de rutina. |
| Servicios quiroprácticos* <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica cubierta por Medicare • Atención quiropráctica de rutina | \$0 de copago \$0 de copago Hasta 30 consultas por año combinadas con servicios de acupuntura de rutina. |
| Equipo médico duradero (DME)* | 20% de coseguro |
| Tarjeta Flex 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"> • Artículos de venta libre (OTC), incluidos los audífonos OTC | Hasta \$150 cada 3 meses |
| Membresía en gimnasio* | \$0 de copago |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Beneficios adicionales | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) |
|---|--|
| <p>Asignación para alimentos saludables‡*</p> <p>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 (CHF), demencia o diabetes para ser elegible. No todos los miembros con condiciones calificadas serán elegibles para el beneficio.</p> | <p>Hasta \$50 todos los meses para alimentos saludables para aquellos miembros con una condición crónica que califique</p> |
| <p>Servicios de apoyo en el hogar*</p> | <p>\$0 de copago por hasta 20 horas por año calendario. No todos los miembros calificarán, consulte su EOC para obtener más información.</p> |
| <p>Servicios de comidas (Programa Made Easy Meals)*‡</p> | <p>\$0 de copago Reciba 14 comidas cada mes, durante 12 meses (168 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez al mes.</p> |
| <p>Los servicios del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*</p> | <p>\$0 de copago</p> |
| <p>Balanzas‡*</p> <p>Este es un beneficio especial para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). La persona inscrita debe tener insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o enfermedad renal para ser elegible. No todos los miembros con condiciones calificadas serán elegibles para el beneficio.</p> | <p>\$0 de copago</p> |

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

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Beneficios adicionales | Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) (24) |
|---|---|
| Atención de emergencia a nivel mundial <ul style="list-style-type: none">• Atención de urgencia• Sala de emergencias• Transporte de emergencia | \$110 de copago Cobertura hasta \$50,000 |

Resumen de los beneficios cubiertos de Medi-Cal

Servicios disponibles a través de Plan Central Health Medicare California

Además de los servicios de Medicare descritos en el Resumen de Beneficios, es posible que sea elegible para acceder a los siguientes beneficios de Medi-Cal según el nivel de su cobertura de Medi-Cal. Para conocer los requisitos de elegibilidad, acceder a una lista completa de los servicios y obtener información adicional sobre los beneficios de Medi-Cal, visite:

www.centralhealthplan.com.

| | |
|--|--|
| Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados | Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías |
| Atención médica de la salud mental para pacientes hospitalizados | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios |
| Centros de enfermería especializada (SNF) | Servicios ambulatorios para el tratamiento por abuso de sustancias |
| Atención de emergencia | Diálisis renal |
| Servicios requeridos urgentemente | Servicios de ambulancia |
| Atención médica a domicilio | Transporte de rutina |
| Cuidados paliativos | Suministros y servicios para diabéticos |
| Consultas con el médico | Equipo médico duradero (DME) |
| Atención preventiva | Prótesis |
| Cuidado de los pies | Vacunas |
| Telemedicina | Servicios dentales |
| Terapia del habla | Servicios para la visión |
| Fisioterapia/Terapia ocupacional | Servicios de audición |
| Atención de la salud mental | Beneficios de medicamentos recetados |

Las categorías descritas anteriormente se rigen por las pólizas de cobertura y limitaciones que se enumeran en su contrato de Medi-Cal.

¿Tiene preguntas? El monto que paga por los servicios cubiertos puede variar según su nivel de elegibilidad de Medi-Cal. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad de Medi-Cal y los beneficios a los cuales tiene derecho, llame al: 1-800-221-3943