



Resumen de Beneficios

2025

Alameda
Contra Costa
Fresno
Imperial
Kern
Kings
Madera
Placer
Sacramento

San Francisco
San Joaquin
San Mateo
Santa Clara
Solano
Stanislaus
Tulare
Yolo

Central Health
Embrace Choice Plan
(HMO C-SNP) (26-2)

2025 Resumen de Beneficios

Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H5649-026-002

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.

Para inscribirse en **Central Health Embrace Choice 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 (CHF) 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, Imperial, Kern, Kings, Madera, Placer, Sacramento, 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$13.40 Su prima puede ser menor si no está recibiendo “Ayuda Extra”.	\$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*‡	\$0 - 20% de coseguro	\$0 de copago
Centro de cirugía ambulatoria*	\$0 de copago	\$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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* 	\$0 de copago \$0 - 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.	\$0 - \$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 	\$0 - 20% de coseguro \$0 de copago 20% de coseguro \$0 de copago	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago

* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)	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 	\$0 de copago \$0 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*	\$0 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 12 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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)	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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)

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* * Para miembros que reciben "Ayuda Extra"	\$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		
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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)
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 12 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 12 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 \$120 cada 3 meses
Membresía en gimnasio*	\$0 de copago

* Los servicios pueden requerir autorización.

Beneficios adicionales	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-2)
<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 \$30 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 Embrace Choice Plan (HMO
C-SNP)
(26-2)**

Atención de emergencia a nivel mundial

- Atención de urgencia
- Sala de emergencias
- Transporte de emergencia

\$110 de copago

Cobertura hasta \$50,000