



Resumen de Beneficios

2025

Los Angeles
Orange
Riverside

San Bernardino
San Diego

**Central Health Part B
Savings Plan
(HMO) (29)**

**Central Health
Savings Plan
(HMO) (19)**

2025 Resumen de Beneficios

Central Health Part B Savings Plan (HMO) H5649-029

Central Health Savings Plan (HMO) H5649-019

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 Part B Savings Plan (HMO)**, 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. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Los Ángeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

Para inscribirse en **Central Health Savings Plan (HMO)**, 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. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Los Ángeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

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 Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|---|---|---|
| Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. | \$0 | \$0 |
| Reembolsos de la Parte B | \$119 por mes | \$120 por mes |
| Deducible | Sin deducible | Sin deducible |
| Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados) | No más de \$2,000 al año | No más de \$3,500 al año |
| Internaciones en el hospital* | \$200 de copago por día para los días del 1 - 5 \$0 de copago por día para los días del 6 - 90 | \$175 de copago por día para los días del 1 - 5 \$0 de copago por día para los días del 6 - 90 |
| Hospitalización para pacientes ambulatorios*‡ | \$0 - \$100 de copago | \$0 - \$225 de copago |
| Centro de cirugía ambulatoria* | \$0 de copago | \$0 - \$100 de copago |
| Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* | \$0 de copago \$0 de copago | \$0 de copago \$25 de copago |

* Los servicios pueden requerir autorización.

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

| Primas y beneficios | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|--|--|---|
| <p>Atención preventiva</p> <p>Existen otros servicios preventivos disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la influenza, pruebas de detección para diabéticos, etc.* | \$0 de copago | \$0 de copago |
| <p>Atención de emergencia</p> <p>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.</p> | \$0 - \$140 de copago | \$0 - \$140 de copago |
| <p>Atención de urgencia</p> | \$0 de copago | \$0 de copago |
| <p>Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Servicios de laboratorio • MRI, exploración por CAT • Radiografías | <p>\$0 - \$25 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$100 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$100 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|--|--|--|
| <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>\$575 de copago por audífono para el modelo inicial</p> <p>\$699 de copago por audífono para el modelo básico</p> <p>\$999 de copago por audífono para el modelo principal</p> <p>\$1,399 de copago por audífono para el modelo preferido</p> <p>\$1,599 de copago por audífono para el modelo avanzado</p> <p>\$2,099 de copago por audífono para el modelo prémium</p> <p>Usted recibe 2 audífonos cada año.</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Asignación para audífonos de hasta \$2,000 por año a través de NationsHearing.</p> |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|---|--|--|
| <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>\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago</p> <p>\$25 - \$400 de copago \$25 - \$720 de copago \$0 - \$780 de copago \$0 - \$600 de copago Sin cobertura \$45 - \$2,160 de copago \$0 - \$840 de copago \$0 - \$380 de copago</p> <p>Sin cobertura \$0 - \$300 de copago</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 - \$17 de copago \$0 - \$41 de copago \$0 de copago</p> <p>\$0 - \$424 de copago \$0 de copago \$0 de copago \$0 - \$220 de copago Sin cobertura \$0 - \$2,160 de copago \$75 - \$295 de copago \$0 - \$237 de copago</p> <p>Sin cobertura \$0 - \$166 de copago</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 \$0 de copago Un examen por año Hasta \$300 por año</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago Un examen por año \$0 de copago Un examen por año Hasta \$300 por año</p> |

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

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|--|--|--|
| Servicios de salud mental* <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios • Terapia grupal para pacientes ambulatorios | \$40 de copago \$40 de copago | \$35 de copago \$35 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 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. |
| Fisioterapia* | \$35 de copago | \$10 de copago |
| Ambulancia (por tierra)* | \$0 - \$150 de copago por viaje | \$0 - \$155 de copago por viaje |
| Ambulancia (por aire)* | 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| Transporte* | Sin cobertura | Sin cobertura |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|---|--|--|
| <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>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> |

* Los servicios pueden requerir autorización.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | | Central Health Savings Plan (HMO) (19) | |
|--|---|---|---|---|
| Deducible de la Parte D (Niveles 2 al 5) | Sin deducible | | Sin deducible | |
| | Suministro de 31 días para medicamentos recetados en venta minorista | Suministro de 100 días para pedidos por correo | 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 | \$35 de copago | \$70 de copago | \$35 de copago | \$70 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 | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 2 – Genéricos | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos | \$35 de copago | \$70 de copago | \$35 de copago | \$70 de copago |
| Nivel 4 – Medicamentos de marca no preferidos | \$75 de copago | \$150 de copago | \$75 de copago | \$150 de copago |
| Nivel 5 – Nivel de medicamentos especializados | 33% del costo | No disponible | 33% del costo | No disponible |
| Nivel 6 – Atención selecta | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago | \$0 de copago |

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

| | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|---|--|--|
| Cobertura Catastrófica Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$2,000 | <p>En esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>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).</p> | <p>En esta etapa, el plan pagará la totalidad de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p>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).</p> |

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 Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|--|--|---|
| Telesalud 24/7 | \$0 de copago | \$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. | \$0 de copago \$0 de copago Consultas ilimitadas todos los años. |
| 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. | \$0 de copago Sin cobertura |
| Equipo médico duradero (DME)* | \$0 - 20% de coseguro | \$0 - 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 • Asignación para acondicionamiento físico | Hasta \$25 cada mes Hasta \$60 cada mes | Hasta \$25 cada 3 meses Hasta \$60 cada mes |
| Membresía en gimnasio* | \$0 de copago | \$0 de copago |

* Los servicios pueden requerir autorización.

| Beneficios adicionales | Central Health Part B Savings Plan (HMO) (29) | Central Health Savings Plan (HMO) (19) |
|---|--|--|
| Los servicios del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)* | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Atención de emergencia a nivel mundial <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia • Sala de emergencias • Transporte de emergencia | \$140 de copago Cobertura hasta \$50,000 | \$140 de copago Cobertura hasta \$50,000 |
| Beneficios dentales complementarios opcionales mejorados | Cobertura dental adicional disponible por \$21 por mes. La cobertura es de hasta \$1,500 por año para proveedores fuera de la red. Servicios dentales preventivos: 10% de coseguro Servicios dentales integrales: 70% de coseguro | Cobertura dental adicional disponible por \$45 por mes. La cobertura es de hasta \$1,500 por año para proveedores fuera de la red. Servicios dentales preventivos: 10% de coseguro Servicios dentales integrales: 70% de coseguro |

* Los servicios pueden requerir autorización.