



**Encuentre el plan adecuado para usted**

## Descubra los beneficios de Central Health Medicare Plan

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

Este plan es una buena opción para cualquier persona con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, o diabetes, que no califique para Medi-Cal. Este plan reduce el costo de los medicamentos recetados y al mismo tiempo añade servicios y beneficios adicionales.

### Central Health Premier Plan I (HMO) 20-1

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 Premier Plan II (HMO) 21-2

Este plan es una buena opción para personas que reciben algún nivel de cobertura de Medi-Cal o ayuda adicional.

### Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018

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 Medicare Plan es un plan HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en el Central Health Medicare Plan depende de la renovación del contrato. Estos son beneficios suplementarios especiales para enfermedades crónicas. Se requieren ciertas condiciones para que los miembros accedan a estos beneficios.

## 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

**Norte de California**  
Alameda, Contra Costa, Fresno, San Joaquin, Santa Clara, San Mateo  
2024

Central Health  
**Focus Plan**  
(HMO C-SNP) 006  
FR, SC, AL, CC, SJ,

Central Health  
**Premier Plan I**  
(HMO) 20-1  
SC, SJ, FR, AL, CC

Central Health  
**Premier Plan II**  
(HMO) 21-2  
SC, SJ, FR, AL, CC

Central Health  
**San Mateo Medicare Plan**  
(HMO) 018  
SM



DETALLES DEL PLAN	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN I (HMO) 20-1	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-2	CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE PLAN (HMO) 018
Prima mensual del plan	\$0	\$0	\$41 <sup>4</sup>	\$0
Reembolso de la Parte B	\$35	\$0	\$0	\$0
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de su bolsillo (MOOP)	\$1,800	\$3,200	\$1,199	\$3,850
ATENCIÓN INTEGRAL	PLAN 006	PLAN 20-1	PLAN 21-2	PLAN 018
Médicos de atención primaria	\$0	\$0	\$0	\$0
Especialistas <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de urgencia	\$0	\$0	\$0	\$0
Procedimientos y pruebas de diagnóstico <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
MRI, CAT Scan <sup>1</sup>	\$0-\$75	\$0-\$50	\$0	\$0-\$150
Radiografías <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia física <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DE EMERGENCIA	PLAN 006	PLAN 20-1	PLAN 21-2 <sup>5</sup>	PLAN 018
Hospitalización <sup>1</sup>	\$0	\$0 (por día, días 1-4) \$100 (por día, días 5-10) \$0 (por día, días 11-90)	\$50 (por día, días 1-6) \$0 (por día, días 7-90)	\$200 (por día, días 1-5) \$0 (por día, días 6-90)
Atención ambulatoria <sup>1</sup>	\$0	\$0-\$150	\$0-\$150	\$0-\$200
Atención de emergencia <sup>2</sup>	\$0-\$125	\$0-\$100	\$0-\$100	\$0-\$90
Ambulancia (por tierra) <sup>1</sup>	\$0-\$100	\$0-\$150	\$0-\$150	\$0-\$250



COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN I (HMO) 20-1	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-2	CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE PLAN (HMO) 018
Deducible de la Parte D (NIVELES 2-5)	\$0	\$0	\$0	\$0
<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)				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 3: De marca preferido	\$35	\$35	\$35 <sup>4</sup>	\$35
NIVEL 4: De marca no preferido	\$75	\$75	\$75 <sup>4</sup>	\$75
NIVEL 5: Nivel especializado	33%	33%	33% <sup>4</sup>	33%
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$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.				
NIVEL 1: Genérico preferido	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 2: Genérico	\$0	\$0	\$0	\$0
NIVEL 3: De marca preferido	25%	25%	25% <sup>4</sup>	25%
NIVEL 4: De marca no preferido	25%	25%	25% <sup>4</sup>	25%
NIVEL 5: Nivel especializado	25%	25%	25% <sup>4</sup>	25%
NIVEL 6: Atención selectiva	\$0	\$0	\$0	\$0

<sup>1</sup> Los servicios pueden requerir 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 las siguientes emergencias dentro de 72 horas.

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

<sup>4</sup> Costo podría ser menos dependiendo del nivel de Ayuda Adicional que reciba.

<sup>5</sup> Sus costos podrían ser menos si su Medi-Cal no cubre el costo compartido del servicio cubierto por Medicare.

BENEFICIOS Y SERVICIOS ADICIONALES	CENTRAL HEALTH FOCUS PLAN (HMO C-SNP) 006	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN I (HMO) 20-1	CENTRAL HEALTH PREMIER PLAN II (HMO) 21-2	CENTRAL HEALTH SAN MATEO MEDICARE PLAN (HMO) 018
Examen rutinario de los ojos <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$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	\$300 al año; todos los materiales para la vista cubiertos	\$300 al año; todos los materiales para la vista cubiertos
Servicios dentales preventivos <sup>3</sup> (e.g., examen bucal, radiografías, limpiezas)	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41	\$0-\$41
Aparato auditivo <sup>1</sup>	\$2,000 de asignación	\$2,000 de asignación	\$3,000 de asignación	\$2,000 de asignación
Transporte <sup>1</sup>	\$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)	\$0 por 48 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)
Acupuntura <sup>1</sup>	\$0 (tratamientos ilimitados)	\$0 (tratamientos ilimitados)	\$0 (tratamientos ilimitados)	\$0 (tratamientos ilimitados)
PROGRAMAS DE BIENESTAR	PLAN 006	PLAN 20-1	PLAN 21-2	PLAN 018
Membresía de gimnasio – SilverSneakers <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
Asignación para alimentos saludables <sup>3</sup>	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	Hasta \$25/mes para alimentos saludables	Hasta \$25/mes para alimentos saludables
Made Easy Meals <sup>1,3</sup>	\$0 2 comidas al día por 14 días, 4 veces al año	\$0 2 comidas al día por 14 días, 4 veces al año	\$0 2 comidas al día por 14 días, 4 veces al año	No cubierto
Telesalud	\$0	\$0	\$0	\$0
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) <sup>1</sup>	\$0	\$0	\$0	\$0
TARJETA FLEX DE CHP	PLAN 006	PLAN 20-1	PLAN 21-2	PLAN 018
Artículos de venta libre	\$46 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$41 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$50 al mes incluye catálogo de productos herbales	\$41 al mes incluye catálogo de productos herbales
Asignación de acondicionamiento físico	N/A	\$20 al mes	\$20 al mes	N/A
Asignación dental	N/A	N/A	\$165 cada 6 meses	N/A