



# Resumen de Beneficios

2024

Ventura

Central Health  
Ventura Medi-Medi  
Plan (HMO  
D-SNP) (09)

# Resumen de Beneficios para el

## Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) H5649-009

Del 1 de enero del 2024 al 31 de diciembre del 2024.

Central Health Medicare Plan es un plan HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Central Health Medicare Plan depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el programa Medicaid de CA para coordinar sus beneficios de Medicaid.

La información sobre beneficios proporcionada no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la “Evidencia de Cobertura” en [www.centralhealthplan.com](http://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 Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP)**, debe estar en una de las siguientes categorías de elegibilidad de Medicaid:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Medicaid cubre sus primas, deducibles, coseguros y copagos de Medicare Parte A y B. De lo contrario, no es elegible para ningún beneficio de Medicaid.
- **Beneficiario Plus calificado de Medicare (QMB+):** Medicaid cubre sus primas, deducibles, coseguros y copagos de Medicare Parte A y B. También es elegible para los beneficios completos de Medicaid, 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 los costos compartidos de Medicare. Por lo general, su costo compartido es \$0 cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar costos compartidos de Medicare cuando el servicio o beneficio no está cubierto por Medicaid.

Si su categoría de elegibilidad para Medicaid cambia, su costo compartido 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 Medicare Parte A, estar inscrito en Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicios. Nuestra área de servicios incluye los siguientes condados en California: Ventura.

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 Departamento de servicios para Miembros del Central Health Medicare Plan al (866) 314-2427, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana o visite nuestro sitio web en [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).



| Primas y beneficios  | Central Health Ventura<br>Medi-Medi Plan (HMO<br>D-SNP)<br>(09)                       | Su costo con<br>Medicare + Medi-Cal<br>completo  |
|--|---|--|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.  | <b>\$41</b><br><b>Su prima puede ser menor si no está recibiendo Ayuda Adicional.</b> | <b>\$0</b>                                       |
| <b>Deducible</b>   | <b>Sin deducible</b>  | <b>Sin deducible</b>                             |
| <b>Responsabilidad máxima de su bolsillo</b><br>(no incluye medicamentos recetados)  | <b>No más de \$0 al año</b>   | <b>\$0</b>                                       |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes internados*</b>  | <b>\$0 por estadía</b>  | <b>\$0 de copago</b>                             |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡</b>   | <b>\$0 de copago</b>  | <b>\$0 de copago</b>                             |
| <b>Servicios en centros de cirugía ambulatoria*</b>  | <b>\$0 de copago</b>  | <b>\$0 de copago</b>                             |
| <b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*</li> </ul>  | <b>\$0 de copago</b><br><br><b>\$0 de copago</b>                                      | <b>\$0 de copago</b><br><br><b>\$0 de copago</b> |
| <b>Cuidado preventivo</b><br>Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios como vacuna contra la gripe, pruebas de detección de diabetes, etc.*</li> </ul> | <b>\$0 de copago</b>  | <b>\$0 de copago</b>                             |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

| Primas y beneficios   | Central Health Ventura<br>Medi-Medi Plan (HMO<br>D-SNP)<br>(09)  | Su costo con<br>Medicare + Medi-Cal<br>completo  |
|---|--|--|
| <p><b>Atención médica de emergencia</b></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 de copago  | \$0 de copago  |
| <p><b>Atención médica de urgencia</b></p>   | \$0 de copago  | \$0 de copago  |
| <p><b>Servicios de diagnóstico, pruebas de laboratorio y obtención de imágenes*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Exploración por IRM o TAC</li> <li>• Radiografías</li> </ul>      | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>  | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</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<br/>Uno por año</li> <li>• Ajustes y evaluaciones de audífonos<br/>Uno por año</li> <li>• Servicios de audición*</li> </ul> | <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p><b>Subsidio para audífonos de hasta \$3,000 por año a través de NationsHearing</b></p> | <p>\$0 de copago</p> <p><b>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</b></p> |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios  | Central Health Ventura<br>Medi-Medi Plan (HMO<br>D-SNP)<br>(09)   | Su costo con<br>Medicare + Medi-Cal<br>completo   |
|--|---|---|
| <p><b>Servicios dentales†</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales cubiertos por Medicare*</li> <li>Servicios dentales preventivos (por ejemplo, exámenes orales, radiografías, limpiezas)</li> </ul> <p><b>Servicios dentales integrales*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de diagnóstico</li> <li>Servicios de restauración</li> <li>Endodoncia</li> <li>Periodoncia</li> <li>Extracciones</li> <li>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, otros servicios</li> <li>Servicios que no son de rutina</li> </ul> | <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 a \$41 de copago</b></p> <p><b>\$0 a \$15 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 - \$237 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$2,160 de copago</b></p> <p><b>\$0 - \$166 de copago</b></p> | <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</b></p> <p><b>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</b></p> |
| <p><b>Servicios para la vista*†</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>Obtención de imágenes de la retina</li> <li>Asignación para artículos de la vista</li> </ul>  | <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p>Un examen por año<br/><b>\$0 de copago</b></p> <p>Un examen por año<br/><b>Hasta \$300 por año</b></p>   | <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</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>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>   |

† Se pueden aplicar limitaciones. Consulte su EOC para obtener más detalles.

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

| Primas y beneficios  | Central Health Ventura<br>Medi-Medi Plan (HMO<br>D-SNP)<br>(09)                                    | Su costo con<br>Medicare + Medi-Cal<br>completo  |
|--|--|--|
| <b>Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)*</b>   | <b>\$0 de copago</b><br>por día para los días 1 a 100  | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Fisioterapia*</b>   | <b>\$0 de copago</b>   | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Ambulancia (terrestre)*</b>   | <b>\$0 de copago por viaje</b>   | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Ambulancia (aérea)*</b>   | <b>\$0 de copago</b>   | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Transporte*</b>   | <b>\$0 por 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)</b> | <b>Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.</b> |
| <b>Medicamentos de Medicare Parte B*</b> <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> | <b>\$0 de copago</b><br><br><b>\$0 de copago</b><br><br><b>\$0 de copago</b>                       | <b>\$0 de copago</b><br><br><b>\$0 de copago</b><br><br><b>\$0 de copago</b>                         |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) (09)

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

**\$0<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Según el nivel de Ayuda Adicional que reciba

**Suministro de 30 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**

**Cobertura inicial**

Usted está en la etapa de Cobertura inicial hasta que alcance \$5,030 en costos de medicamentos (hasta la fecha).

**Nivel 1: Genéricos preferidos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Nivel 2: Genéricos**

**Nivel 3: Medicamentos de  
marca preferidos**

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

**\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos<sup>1</sup>  
\$0, \$4.60 u \$11.20 para medicamentos de marca<sup>1</sup>**

**Nivel 5: Nivel de  
medicamentos  
especializados**

**Nivel 6: Atención selecta**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

<sup>1</sup>Según el nivel de Ayuda adicional que reciba

**Brecha de cobertura**

Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$8,000.

**Nivel 1: Genéricos preferidos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) (09)

**Nivel 2: Genéricos**

**Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos**

**Nivel 4: Medicamentos no preferidos**

**Nivel 5: Especializados**

**Nivel 6: Atención selecta**

**\$0, \$1.55 o \$4.50 para medicamentos genéricos<sup>1</sup>**

**\$0, \$4.60 u \$11.20 para medicamentos de marca<sup>1</sup>**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**<sup>1</sup>Según el nivel de Ayuda adicional que reciba**

### **Cobertura para catástrofes**

Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de \$8,000

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 para Catástrofes, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario (hasta el 31 de diciembre del 2024).

Los costos compartidos 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 Ventura Medi-Medi Plan<br>(HMO D-SNP)<br>(09)   |
|---|--|
| <b>Telemedicina 24/7</b>  | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Acupuntura*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura cubierta por Medicare</li> </ul>   | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Servicios quiroprácticos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare</li> </ul>  | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Los servicios de equipo médico duradero (DME)*</b>   | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Tarjeta Flex</b><br>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)</b></li> <li>• <b>Asignación para acondicionamiento físico</b></li> </ul> | <b>Hasta \$47 cada mes</b><br><b>Hasta \$20 cada mes</b>   |
| <b>Membresía para el gimnasio*</b>  | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Asignación para alimentos saludables‡</b><br>Estos son Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de calificación para poder acceder a estos beneficios.   | <b>Hasta \$25 todos los meses destinado a obtener alimentos saludables para aquellos miembros con una afección crónica que califique</b> |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

| Beneficios adicionales   | Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) (09)   |
|--|--|
| <b>Catálogo de hierbas</b>   | 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. |
| <b>Comidas (Programa Made Easy Meals)*‡</b>  | Reciba 14 comidas cada mes, durante 12 meses (168 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez al mes.   |
| <b>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*</b>  | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Balanzas</b><br>Estos son Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones de calificación para poder acceder a estos beneficios. | <b>\$0 de copago</b>   |
| <b>Atención de emergencia a nivel mundial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica de urgencia</li> <li>• Sala de emergencias</li> <li>• Transporte de emergencia</li> </ul>                     | <b>\$0 de copago</b><br><b>Cobertura de hasta \$50,000</b>   |

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

## Resumen de los beneficios cubiertos de Medi-Cal

### Servicios disponibles a través de Central Health Medicare Plan 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](http://www.centralhealthplan.com).

|  |  |
|--|--|
| Atención en Hospital para Pacientes Internados     | Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías |
| Cuidado de la Salud Mental de Pacientes Internados |  |
| Centro de Enfermería Especializada (SNF)           | Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios                          |
| Atención médica de emergencia                      |  |
| Servicios Urgentemente Necesarios                  | Servicios Ambulatorios por Abuso de Sustancias                               |
| Atención Médica Domiciliaria                       |  |
| Atención para Pacientes Terminales                 | Diálisis Renal   |
| Consultas con el Médico                            | Servicios de Ambulancia  |
| Cuidado Preventivo                                 | Transporte de Rutina   |
| Cuidado de los Pies                                | Suministros y Servicios para Diabéticos                                      |
| Telemedicina                                       | Equipo Médico Duradero (DME)   |
| Terapia del Habla                                  | Prótesis   |
| Fisioterapia/Terapia Ocupacional                   | Vacunas  |
| Atención de Salud Mental                           | Servicios Dentales   |
|  | Servicios de Visión  |
|  | Servicios de Audición  |
|  | Beneficios de Medicamentos con Receta  |

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