



# Resumen de Beneficios

2024

Orange  
Riverside  
San Bernardino

Central Health  
Premier Plan II  
(HMO) (21-1)

# Resumen de Beneficios para el

## Central Health Premier Plan II (HMO) H5649-021-001

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

Central Health Medicare Plan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Central Health Medicare Plan depende de la renovación del contrato.

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).

Para registrarse en **Central Health Premier Plan II (HMO)** 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: 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](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 Premier Plan II (HMO) (21-1)
<b>Prima mensual del plan</b> Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.	\$0
<b>Deducible</b>	Sin deducible
<b>Responsabilidad máxima de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos recetados)	No más de \$1,199 al año
<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados*</b>	\$0 por estadía
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*‡</b>	\$0 - \$20 de copago
<b>Servicios en centros de cirugía ambulatoria*</b>	\$0 de copago
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*</li> </ul>	\$0 de copago \$0 de copago
<b>Cuidado preventivo</b> 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>	\$0 de copago
<b>Atención médica de emergencia</b> 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 - \$100 de copago
<b>Atención médica de urgencia</b>	\$0 de copago

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

Primas y beneficios	Central Health Premier Plan II (HMO) (21-1)
<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><b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b></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 Uno por año</li> <li>• Ajustes y evaluaciones de audífonos Uno por año</li> <li>• Servicios de audición*</li> </ul>	<p><b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>Subsidio para audífonos de hasta \$2,000 por año a través de NationsHearing</b></p>
<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>  <b>\$0 a \$41 de copago</b>    <b>\$0 a \$15 de copago</b>  <b>\$0 - \$424 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 - \$237 de copago</b>  <b>\$0 - \$2,160 de copago</b>    <b>\$0 - \$166 de copago</b></p>

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

Primas y beneficios	Central Health Premier Plan II (HMO) (21-1)
<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> <b>\$0 de copago</b></p> <p>Un examen por año <b>\$0 de copago</b> Un examen por año <b>Hasta \$300 por año</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>\$40 de copago</b></p> <p><b>\$40 de copago</b></p>
<p><b>Servicios en centros de enfermería especializada (SNF)*</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b> por día para los días del 1 al 20</p> <p><b>Hasta \$200 de copago</b> por día para los días del 21 al 100</p> <p><b>Estos son los montos de costos compartidos que corresponden al 2023 y que podrían cambiar para el 2024. Proporcionaremos las tarifas actualizadas en <a href="http://www.centralhealthplan.com">www.centralhealthplan.com</a> tan pronto como se publiquen.</b></p>
<p><b>Fisioterapia*</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Ambulancia (terrestre)*</b></p>	<p><b>\$0 - \$75 de copago por viaje</b></p>
<p><b>Ambulancia (aérea)*</b></p>	<p><b>20% de coseguro</b></p>
<p><b>Transporte*</b></p>	<p><b>\$0 por 48 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)</b></p>

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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

## Primas y beneficios

## Central Health Premier Plan II (HMO) (21-1)

### Medicamentos de Medicare Parte B\*

- Medicamentos para quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B
- Medicamentos de insulina de la Parte B

**20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten**

**20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten**

**\$35 de copago**

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Premier Plan II (HMO) (21-1)

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

**Sin deducible**

**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**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Nivel 3: Medicamentos de  
marca preferidos**

**\$35 de copago**

**\$70 de copago**

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

**\$75 de copago**

**\$150 de copago**

**Nivel 5: Nivel de  
medicamentos  
especializados**

**33% del costo**

**No disponible**

**Nivel 6: Atención selecta**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**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**

**Nivel 2: Genéricos**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

**Nivel 3: Medicamentos de  
marca preferidos**

**25% del costo**

**25% del costo**

## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Premier Plan II (HMO) (21-1)

**Nivel 4: Medicamentos no preferidos**

**25% del costo**

**25% del costo**

**Nivel 5: Especializados**

**25% del costo**

**No disponible**

**Nivel 6: Atención selecta**

**\$0 de copago**

**\$0 de copago**

#### **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 Premier Plan II (HMO) (21-1)
<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> <li>• Acupuntura de rutina: consultas ilimitadas todos los años.</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b> <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 - 20% de coseguro</b>
<b>Tarjeta Flex</b> 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 \$51 cada mes</b> <b>Hasta \$50 cada mes</b>
<b>Membresía para el gimnasio*</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Asignación para alimentos saludables‡</b> 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 Premier Plan II (HMO) (21-1)
<b>Catálogo de hierbas</b>	<p>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.</p>
<b>Servicios de apoyo en el hogar*</b>	<p>\$0 de copago por hasta 20 horas por año calendario. No todos los miembros calificarán, consulte su EOC para obtener más información.</p>
<b>Comidas (Programa Made Easy Meals)*‡</b>	<p>Reciba 2 comidas al día, durante 14 días inmediatamente después de una cirugía u hospitalización, o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período. Se puede utilizar hasta 4 veces al año.</p>
<b>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*</b>	<p>\$0 de copago</p>
<b>Balanzas</b> <p>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.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<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>	<p>\$50 de copago  <b>Cobertura de hasta \$100,000</b></p>

\* Estos servicios pueden requerir autorización.

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