



Resumen de Beneficios

2025

Fresno
Imperial
Kern
Kings
Los Angeles
Madera
Orange
Riverside

Sacramento
San Bernardino
San Diego
San Francisco
San Joaquin
San Mateo
Santa Clara
Tulare

Central Health Valor
Care Plan (HMO) (30)

2025 Resumen de Beneficios

Central Health Valor Care Plan (HMO) H5649-030

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 Valor Care 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: Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Tulare.

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 Valor Care Plan (HMO) (30)
Prima mensual del plan Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$0
Reembolsos de la Parte B	\$75 por mes
Deducible	Sin deducible
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	No más de \$4,999 al año
Internaciones en el hospital*	\$285 de copago por día para los días del 1 - 6 \$0 de copago por día para los días del 7 - 90
Hospitalización para pacientes ambulatorios*‡	\$0 - \$295 de copago
Centro de cirugía ambulatoria*	\$0 de copago
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas* 	\$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

* Los servicios pueden requerir autorización.

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

Primas y beneficios	Central Health Valor Care Plan (HMO) (30)
<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>	<p>\$0 - \$125 de copago</p>
<p>Atención de urgencia</p>	<p>\$0 de copago</p>
<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 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$100 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>
<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>

* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Valor Care Plan (HMO) (30)
<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</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$25 - \$400 de copago</p> <p>\$25 - \$720 de copago</p> <p>\$0 - \$780 de copago</p> <p>\$0 - \$600 de copago</p> <p>Sin cobertura</p> <p>\$45 - \$2,160 de copago</p> <p>\$0 - \$840 de copago</p> <p>\$0 - \$380 de copago</p> <p>Sin cobertura</p> <p>\$0 - \$300 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</p> <p>Un examen por año</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Un examen por año</p> <p>Hasta \$150 por año</p>
<p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia individual para pacientes ambulatorios • Terapia grupal para pacientes ambulatorios 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>

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

* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Valor Care Plan (HMO) (30)
Centros de enfermería especializada (SNF)*	<p>\$0 de copago por día para los días del 1-20</p> <p>\$204 de copago por día para los días del 21-100</p> <p>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.</p>
Fisioterapia*	\$0 de copago
Ambulancia (por tierra)*	\$0 - \$275 de copago por viaje
Ambulancia (por aire)*	20% de coseguro
Transporte*	Sin cobertura
<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>

* Los servicios pueden requerir autorización.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

Central Health Valor Care Plan (HMO) (30)

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

El Plan Valor Care de Central Health no tiene cobertura de la Parte D

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**

No disponible

No disponible

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

No disponible

No disponible

Nivel 2 – Genéricos

No disponible

No disponible

Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos

No disponible

No disponible

Nivel 4 – Medicamentos de marca no preferidos

No disponible

No disponible

Nivel 5 – Nivel de medicamentos especializados

No disponible

No disponible

Nivel 6 – Atención selecta

No disponible

No disponible

Cobertura Catastrófica

Usted permanece en esta etapa hasta que los "gastos de bolsillo" (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$2,000

El Plan Valor Care de Central Health no tiene cobertura de la Parte D

Beneficios adicionales	Central Health Valor Care Plan (HMO) (30)
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 30 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 30 consultas por año combinadas con servicios de acupuntura de rutina.
Equipo médico duradero (DME)*	\$0 - 20% de coseguro
Membresía en gimnasio*	\$0 de copago
Servicios de comidas (Programa Made Easy Meals)*‡	Reciba 15 comidas cada semana, durante 6 semanas (90 comidas en total) por \$0 de copago por comida. Se incluye la entrega de comidas 1 vez por semana. Reciba hasta 30 comidas adicionales por un copago de \$5 por comida.
Los servicios del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*	\$0 de copago
Atención de emergencia a nivel mundial <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia • Sala de emergencias • Transporte de emergencia 	\$125 de copago Cobertura hasta \$50,000

* Los servicios pueden requerir autorización.

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

Beneficios adicionales

**Central Health Valor Care Plan (HMO)
(30)**

**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