



# Resumen de Beneficios

2025

Los Angeles  
Orange  
Riverside

San Bernardino  
San Diego

Central Health  
Embrace Choice Plan  
(HMO C-SNP) (26-1)

# 2025 Resumen de Beneficios

## Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H5649-026-001

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](http://www.centralhealthplan.com).

Para inscribirse en **Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP)**, 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. Además, debe tener diabetes, insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o trastornos cardiovasculares (solo incluye arritmias cardíacas, arteriopatía coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico). Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en California: Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego.

La elegibilidad para el beneficio modelo o los Programas Incentivos y Recompensas (RI) bajo el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) no está asegurada y será determinada por la Organización de Medicare Advantage (MAO) después de la inscripción, según los criterios relevantes, por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de manejo del estado de la enfermedad en caso de que la elegibilidad de miembros específicos para los beneficios modelo o los programas RI no esté asegurada o no pueda determinarse antes de un año del plan, según corresponda.

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 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](http://www.centralhealthplan.com).

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<b>Prima mensual del plan</b> Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	<b>\$13.40</b> <b>Su prima puede ser menor si no está recibiendo “Ayuda Extra”.</b>	<b>\$0</b>
<b>Deducible</b>	<b>Sin deducible</b>	<b>Sin deducible</b>
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> (no incluye medicamentos recetados)	<b>No más de \$7,900 al año</b>	<b>\$0</b>
<b>Internaciones en el hospital*</b>	<b>Deducible de \$1,632</b> <b>\$0 de copago</b> por día para los días del 1–60 <b>\$408 de copago</b> por día para los días del 61–90 <b>\$816 de copago</b> por día por cada día de reserva de por vida Estos son los montos de distribución de costos que corresponden al 2024 y que podrían cambiar para el 2025. Proporcionaremos las tarifas actualizadas en <a href="http://www.centralhealthplan.com">www.centralhealthplan.com</a> tan pronto como se publiquen.	<b>\$0 de copago</b>
<b>Hospitalización para pacientes ambulatorios*‡</b>	<b>\$0 - 20% de coseguro</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Centro de cirugía ambulatoria*</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

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

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<b>Visitas al médico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveedores de atención primaria</li> <li>• Especialistas*</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 - 35% de coseguro</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b>
<b>Atención preventiva</b> Existen otros servicios preventivos disponibles. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la influenza, pruebas de detección para diabéticos, etc.*</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Atención 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.	<b>\$110 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Atención de urgencia</b>	<b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/por imágenes*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• MRI, exploración por CAT</li> <li>• Radiografías</li> </ul>	<b>\$0 - 20% de coseguro</b>  <b>\$0 de copago</b> <b>20% de coseguro</b> <b>\$0 de copago</b>	<b>\$0 de copago</b>  <b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<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>• Adaptación y evaluación de audífonos Una por año</li> <li>• Audífonos</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>\$49 de copago por audífono para el modelo inicial</b></p> <p><b>\$149 de copago por audífono para el modelo básico</b></p> <p><b>\$449 de copago por audífono para el modelo principal</b></p> <p><b>\$849 de copago por audífono para el modelo preferido</b></p> <p><b>\$1,049 de copago por audífono para el modelo avanzado</b></p> <p><b>\$1,549 de copago por audífono para el modelo prémium</b></p> <p><b>Usted recibe 2 audífonos cada 3 años.</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>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<p><b>Servicios dentales†*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios dentales cubiertos por Medicare</li> </ul> <p><b>Máximo anual dental</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p>Los beneficios dentales complementarios están cubiertos por una asignación para servicios dentales en su tarjeta Flex Card. Consulte la sección Tarjeta Flex Card a continuación para obtener más información.</p> <p>\$750 para servicios dentales preventivos e integrales cada año</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 visión*†</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>Imágenes retinianas</li> <li>Asignación para anteojos</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 <b>\$0 de copago</b></p> <p>Un examen por año <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>\$45 de copago</b></p> <p><b>\$45 de copago</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b></p> <p><b>\$0 de copago</b></p>

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

\* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
Centros de enfermería especializada (SNF)*	<p><b>\$0 de copago</b> por día para los días del 1–20</p> <p><b>\$204 de copago</b> 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 <a href="http://www.centralhealthplan.com">www.centralhealthplan.com</a> tan pronto como se publiquen.</p>	\$0 de copago
Fisioterapia*	\$0 de copago	\$0 de copago
Ambulancia (por tierra)*	20% de coseguro por viaje	\$0 de copago
Ambulancia (por aire)*	20% de coseguro	\$0 de copago
Transporte*	\$0 para 24 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan (con un límite de hasta 50 millas)	Consulte el manual de Medi-Cal para obtener más información sobre sus beneficios de Medi-Cal.

\* Los servicios pueden requerir autorización.

Primas y beneficios	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)	Su costo con Medicare + Medi-Cal completo
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*</b></p> <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>	<p><b>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</b></p> <p><b>20% de coseguro, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limiten</b></p> <p><b>\$35 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>

\* Los servicios pueden requerir autorización.



## Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios

### Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)

#### Deducible de la Parte D

**\$0\***

\* Para miembros que reciben "Ayuda Extra"

**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

**\$0 de copago\***

**\$0 de copago\***

\* Para miembros que reciben "Ayuda Extra"

#### Cobertura inicial

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

**Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)**

**\$0 de copago\***

**\$0 de copago\***

**Todos los demás medicamentos**

**\$0 de copago\***

**\$0 de copago\***

\* Para miembros que reciben "Ayuda Extra"

#### Cobertura Catastrófica

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

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 Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2025).

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 Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)
<b>Telesalud 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</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b> <b>Hasta 30 consultas por año combinadas con servicios quiroprácticos de rutina.</b>
<b>Servicios quiroprácticos*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención quiropráctica cubierta por Medicare</li> <li>• Atención quiropráctica de rutina</li> </ul>	<b>\$0 de copago</b> <b>\$0 de copago</b> <b>Hasta 30 consultas por año combinadas con servicios de acupuntura de rutina.</b>
<b>Equipo médico duradero (DME)*</b>	<b>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), incluidos los audífonos OTC</b></li> <li>• <b>Asignación para servicios dentales</b></li> </ul>	<b>Hasta \$150 cada 3 meses</b> <b>Hasta \$62.50 cada mes. Este monto se acumula cada mes hasta el final del año, lo que suma un total de \$750.</b>
<b>Membresía en gimnasio*</b>	<b>\$0 de copago</b>

\* Los servicios pueden requerir autorización.

Beneficios adicionales	Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)
<p><b>Asignación para alimentos saludables‡*</b></p> <p>Este es un beneficio especial para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). La persona inscrita debe tener arritmia cardíaca, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad vascular periférica, trastorno tromboembólico venoso crónico, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), demencia o diabetes para ser elegible. No todos los miembros con condiciones calificadas serán elegibles para el beneficio.</p>	<p><b>Hasta \$50 todos los meses para alimentos saludables para aquellos miembros con una condición crónica que califique</b></p>
<p><b>Servicios de apoyo en el hogar*</b></p>	<p><b>\$0 de copago por hasta 20 horas por año calendario. No todos los miembros calificarán, consulte su EOC para obtener más información.</b></p>
<p><b>Servicios de comidas (Programa Made Easy Meals)*‡</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b>  <b>Reciba 14 comidas cada mes, durante 12 meses (168 comidas en total). La entrega de comidas está incluida 1 vez al mes.</b></p>
<p><b>Los servicios del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)*</b></p>	<p><b>\$0 de copago</b></p>
<p><b>Balanzas‡*</b></p> <p>Este es un beneficio especial para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI). La persona inscrita debe tener insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) o enfermedad renal para ser elegible. No todos los miembros con condiciones calificadas serán elegibles para el beneficio.</p>	<p><b>\$0 de copago</b></p>

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

\* Los servicios pueden requerir autorización.

## Beneficios adicionales

## Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) (26-1)

### Atención de emergencia a nivel mundial

- Atención de urgencia
- Sala de emergencias
- Transporte de emergencia

**\$110 de copago**

**Cobertura hasta \$50,000**