



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™

The power of community

**MEDICARE ADVANTAGE**

**Community Health Plan of Washington Medicare Advantage**

Planes HMO: Plan 1 | Plan 2 | Plan 3 | Plan 4 | Freedom Plan

# Resumen de beneficios 2024



Obtenga *más que*  
Original Medicare

# Plan 1 (HMO) de Medicare Advantage del CHPW

Áreas de prestación de servicios: Clallam, Clark, Cowlitz, Jefferson, King, Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla, Whatcom y Yakima.



# CHPW Medicare Advantage Plan 1 (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

### Prima mensual del plan

\$0 por mes



Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

### Deducible

Este plan no tiene deducible.

### Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo

(sin incluir medicamentos recetados)



Sus límites anuales en este plan: \$8,850 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de costos de bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún deberá pagar la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

### Hospital para pacientes internados



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

### Hospital para pacientes ambulatorios



Copago de \$370 por servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Copago de \$370 por cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

### Centro de cirugía ambulatoria



Copago de \$370.

# CHPW Medicare Advantage Plan 1 (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

**Consultas médicas<sup>1,2</sup>**  
(Atención primaria y especialistas)



**Consulta al médico de atención primaria\*:**  
Copago de \$0

**Consulta a especialistas\*:**  
Copago de \$50

\*Incluidas las consultas de telesalud

**Atención preventiva<sup>2</sup>**



Copago de \$0 por servicios preventivos, como vacunas antigripales y consultas anuales de "bienestar"

Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato. También se encuentran disponibles ocho llamadas de asesoramiento por año y hasta 12 semanas de terapia de reemplazo de nicotina. Llámenos para obtener más información.

**Atención de emergencia**



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

**Servicios de urgencia**



Copago de \$40 por consultas para atención de urgencia cubiertas por Medicare.

Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios.

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos. Para los servicios de urgencia recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte "Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo".

**Servicios de diagnóstico/  
Laboratorio/Escáner<sup>1</sup>**



**Servicios de radiología de diagnóstico** (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):  
20% del costo

**Servicios de laboratorio:**  
Copago de \$0

**Procedimientos y pruebas de diagnóstico:**  
20% del costo

**Radiografías para pacientes externos:**  
Copago de \$15

**Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:**  
20% del costo

Es posible que los servicios marcados con 1 requieran autorización previa.

Es posible que los servicios marcados con 2 requieran una referencia por parte de su médico.

---

**Servicios de audición<sup>1,2</sup>**

Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:  
20% del costo

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

---

**Servicios dentales<sup>1</sup>**

Dos consultas preventivas por año.

Debe acudir a un dentista que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com). Los proveedores de Delta Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.

---

**Servicios de la vista****Servicios de la vista:**

20% del costo por exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.

**Servicios de la vista (complementarios):**

- No cubiertos

**Fuera de la red VSP Choice:**

- 100% del costo que supere el límite de beneficios del plan.
- 

**Servicios de salud mental<sup>1,2</sup>****Consulta para pacientes internados:**

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$350 por día para los días 1 a 5
- Copago de \$0 por día para los días 6 a 90

**Consulta de terapia grupal o individual para pacientes externos (incluida la telesalud):**

Copago de \$40

*Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.*

---

# CHPW Medicare Advantage Plan 1 (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

### Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup>



El plan cubre hasta 100 días en un SNF.

- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
- Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

### Fisioterapia



Copago de \$50 por servicios para pacientes externos

### Ambulancia<sup>1</sup>



Copago de \$350 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o vuelta.

### Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia<sup>1</sup>:  
20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>:  
20% del costo

*Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.*

**Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare**

\$230 - Solo medicamentos especializados del nivel 5.  
Sin deducible para los niveles 1 a 4.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias de venta por correo de la red.

Etapa 1: Deducible	Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 5. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$230 por los medicamentos del nivel 5. No hay deducible para los medicamentos de los niveles 1 a 4.
Etapa 2: Cobertura inicial	Usted paga el costo compartido para los medicamentos recetados de la Parte D de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que sus costos anuales de medicamentos alcanzan los \$5,030. Los costos anuales totales de los medicamentos son el costo total de los medicamentos que pagan usted y la Parte D del plan.
Etapa 3: Período sin cobertura	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcanzan los \$5,030, pagará un coseguro del 25% como máximo para los medicamentos genéricos o un coseguro del 25% como máximo para los medicamentos de marca para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura entre los costos reales de su bolsillo (TrOOP) de \$5,030 y los \$8,000.
Etapa 4: Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de farmacias minoristas y de venta por correo) alcancen los \$8,000, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>· coseguro del 5 %, o</li> <li>· Copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) o</li> <li>· copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.</li> </ul>

Costo compartido minorista	Farmacia preferida		Farmacia estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$110	Copago de \$47	Copago de \$140
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo	50% del costo	50% del costo	50% del costo
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	29% del costo	Sin cobertura	29% del costo	Sin cobertura

**Costo compartido de venta por correo preferido**

Nivel	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$110

Si vive en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede adquirir los medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo precio que en una farmacia minorista estándar.

# CHPW Medicare Advantage Plan 1 (HMO)

## Resumen de otros beneficios

### Salud y bienestar



Copago de \$0 por servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía y quiropráctica de rutina con un máximo de 12 sesiones o consultas de todos los tipos de servicios combinados por año.

*Un profesional certificado por el estado debe brindar estos servicios.*

### Servicios de telesalud



**Cubrimos servicios de telesalud, incluidas las consultas virtuales con:**

- Proveedores de atención primaria
- Especialistas
- Atención de urgencia
- Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental, psiquiátricos y consumo de sustancias

Usted debe pagar lo mismo como si fuera una consulta presencial.

### Suministros para la diabetes/ Servicios y suministros para la diabetes



\$0 por el costo de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. La medicación para la diabetes, como la insulina, inyectada por medio de jeringa generalmente está cubierta por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

### Equipo médico duradero <sup>1</sup>



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

### Programa de ejercicios



Copago de \$0 por lo siguiente:

- Kit de ejercicios en el hogar (las opciones son monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

*Es posible que los servicios marcados con 1 requieran autorización previa.*

*Es posible que los servicios marcados con 2 requieran una referencia por parte de su médico.*



---

## Cuidado de los pies<sup>1,2</sup>

(servicios de podiatría)



### Servicios de podiatría:

Copago de \$20 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)
- Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.

### Servicios de podiatría (complementarios):

\$0 del costo por cada consulta de podiatría complementaria.

Nuestro beneficio complementario incluye hasta cuatro (4) consultas por año para atención de los pies no cubierta por Medicare de un proveedor de atención de los pies aprobado por Medicare.

---

## Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup>



Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.

---

## Centros para enfermos terminales



Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no Community Health Plan of Washington Medicare Advantage, paga los servicios en un centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

---

## Comidas cuando más las necesita



No debe pagar nada por las comidas cubiertas hasta el beneficio máximo.

El beneficio incluye 28 comidas después del alta de cada hospitalización o ingreso a un centro de enfermería especializada. También disponible con un diagnóstico positivo de COVID-19. Programa de comidas con un límite de 6 veces por año calendario.

# CHPW Medicare Advantage Plan 1 (HMO)

## Resumen de otros beneficios

Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos<sup>1,2</sup>



Consulta de terapia grupal:  
el 20% del costo

Consulta de terapia individual:  
el 20% del costo

Dispositivos protésicos<sup>1</sup>  
(aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)



**servicio cubierto por Medicare:**

**Dispositivos protésicos**  
el 20% del costo

**Suministros médicos**  
el 20% del costo

Diálisis renal<sup>1</sup>



20% del costo

Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo



20% del costo de la atención de emergencia o urgencia en todo el mundo hasta el límite de cobertura de \$25,000 por año.

Este plan cubre servicios complementarios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia que recibe fuera de EE. UU. y sus territorios hasta un límite de cobertura del plan. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

Family on Demand



El programa Family on Demand, ofrecido por CHPW a través de Papa Pals, lo pone en contacto con miembros de su comunidad para que le ayuden, apoyen y escuchen. Obtendrá 60 horas de Family on Demand por año para recibir ayuda con los mandados o la preparación de comidas, asistencia técnica sencilla o simplemente un poco de compañía.

*Es posible que los servicios marcados con 1 requieran autorización previa.*

*Es posible que los servicios marcados con 2 requieran una referencia por parte de su médico.*

Página dejada en blanco a propósito

# Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage del CHPW

**Áreas de prestación de servicios: Adams, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Cowlitz, Douglas, Franklin, Grant, Jefferson, King, Kitsap, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla, Whatcom y Yakima.**



# CHPW Medicare Advantage Plan 2 (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

### Prima mensual del plan



\$0 - \$38.40 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)  
Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

### Deducible

Este plan no tiene deducible.

### Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo

(sin incluir medicamentos recetados)



Sus límites anuales en este plan: \$8,850 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de costos de bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún deberá pagar la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

### Hospital para pacientes internados



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

### Hospital para pacientes ambulatorios



Copago de \$365 por servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Copago de \$365 por cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

### Centro de cirugía ambulatoria



Copago de \$365.

*Es posible que los servicios marcados con 1 requieran autorización previa.  
Es posible que los servicios marcados con 2 requieran una referencia por parte de su médico.*

# CHPW Medicare Advantage Plan 2 (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

**Consultas médicas<sup>1,2</sup>**  
(Atención primaria y especialistas)



**Consulta al médico de atención primaria\*:**  
Copago de \$0

**Consulta a especialistas\*:**  
Copago de \$50

\*Incluidas las consultas de telesalud

**Atención preventiva<sup>2</sup>**



Copago de \$0 por servicios preventivos, como vacunas antigripales y consultas anuales de "bienestar"

Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato. También se encuentran disponibles ocho llamadas de asesoramiento por año y hasta 12 semanas de terapia de reemplazo de nicotina. Llámenos para obtener más información.

**Atención de emergencia**



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

**Servicios de urgencia**



Copago de \$40 por consultas para atención de urgencia cubiertas por Medicare.

Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios.

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos. Para los servicios de urgencia recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte "Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo".

**Servicios de diagnóstico/  
Laboratorio/Escáner<sup>1</sup>**



**Servicios de radiología de diagnóstico** (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):  
20% del costo

**Servicios de laboratorio:**  
Copago de \$0

**Procedimientos y pruebas de diagnóstico:**  
20% del costo

**Radiografías para pacientes externos:**  
Copago de \$15

**Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:**  
20% del costo

---

## Servicios de audición<sup>1,2</sup>



Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:  
20% del costo

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

---

## Servicios dentales<sup>1</sup>



Copago de \$0 por servicios preventivos complementarios ilimitados.  
Copago de \$0 por servicios integrales complementarios, hasta \$500 por año.

No debe pagar nada por los servicios preventivos ilimitados. Tampoco debe pagar nada por los servicios integrales complementarios, hasta un límite de beneficio total de \$500 por año. Debe acudir a un dentista que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com). Los proveedores de Delta Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.

---

## Servicios de la vista



### Servicios de la vista:

20% del costo por exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.

### Servicios de la vista (complementarios):

No cubiertos

### Fuera de la red VSP Choice:

- 100% del costo que supere el límite de beneficios del plan.
- 

## Servicios de salud mental<sup>1,2</sup>



### Consulta para pacientes internados:

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$350 por día para los días 1 a 5
- Copago de \$0 por día para los días 6 a 90

### Consulta de terapia grupal o individual para pacientes externos (incluida la telesalud):

Copago de \$40

*Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.*

---

# CHPW Medicare Advantage Plan 2 (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

### Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup>



- El plan cubre hasta 100 días en un SNF.
- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
  - Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

### Fisioterapia



Copago de \$45 por cada consulta para pacientes externos cubierta por Medicare

### Ambulancia<sup>1</sup>



Copago de \$350 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o vuelta.

### Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia<sup>1</sup>:  
20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>:  
20% del costo

*Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.*



## Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare

Sin deducible

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias de venta por correo de la red.

Etapa 1: Cobertura inicial	Usted paga el costo compartido para los medicamentos recetados de la Parte D de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que sus costos anuales de medicamentos alcanzan los \$5,030. Los costos anuales totales de los medicamentos son el costo total de los medicamentos que pagan usted y la Parte D del plan.
Etapa 2: Período sin cobertura	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcanzan los \$5,030, pagará un coseguro del 25% como máximo para los medicamentos genéricos o un coseguro del 25% como máximo para los medicamentos de marca para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura entre los costos reales de su bolsillo (TrOOP) de \$5,030 y los \$8,000.
Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de farmacias minoristas y de venta por correo) alcancen los \$8,000, paga el monto que sea mayor de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Coseguro del 5 %, o</li> <li>· Copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) o copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.</li> </ul>

Costo compartido minorista	Farmacia preferida		Farmacia estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$110	Copago de \$47	Copago de \$140
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo	50% del costo	50% del costo	50% del costo
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

### Costo compartido de venta por correo preferido

Nivel	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$110

Nota: En función de su nivel de subsidio de "Extra Help", podrán reducirse sus costos compartidos de farmacia

Si vive en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede adquirir los medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo precio que en una farmacia minorista estándar.

# CHPW Medicare Advantage Plan 2 (HMO)

## Resumen de otros beneficios

### Salud y bienestar



Copago de \$0 por los servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía, quiropraxia de rutina, terapia de masajes y programas de bienestar recomendados por CHPW con hasta 25 sesiones o consultas en todos los tipos de servicio combinados por año.

*Un profesional certificado por el estado debe brindar estos servicios.*

### Servicios de telesalud



#### Cubrimos servicios de telesalud, incluidas las consultas virtuales con:

- Proveedores de atención primaria
- Especialistas
- Atención de urgencia
- Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental, psiquiátricos y consumo de sustancias

Usted debe pagar lo mismo como si fuera una consulta presencial.

### Suministros para la diabetes/ Servicios y suministros para la diabetes



\$0 por el costo de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. La medicación para la diabetes, como la insulina, inyectada por medio de jeringa generalmente está cubierta por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

### Equipo médico duradero <sup>1</sup>



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

---

## Programa de ejercicios



### Copago de \$0 por lo siguiente:

- Kit de ejercicios en el hogar (las opciones incluyen monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

---

## Cuidado de los pies<sup>1,2</sup>

(servicios de podiatría)



### Servicios de podiatría:

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)
- Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.

### Servicios de podiatría (complementarios):

\$0 del costo por cada consulta de podiatría complementaria.

Nuestro beneficio complementario incluye hasta cuatro (4) consultas por año para atención de los pies no cubierta por Medicare de un proveedor de atención de los pies aprobado por Medicare.

---

## Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup>



Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.

---

## Centros para enfermos terminales



Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no Community Health Plan of Washington Medicare Advantage, paga los servicios en un centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

# CHPW Medicare Advantage Plan 2 (HMO)

## Resumen de otros beneficios

### Comidas cuando más las necesita



No debe pagar nada por las comidas cubiertas hasta el beneficio máximo.

El beneficio incluye 28 comidas después del alta de cada hospitalización o ingreso a un centro de enfermería especializada. También disponible con un diagnóstico positivo de COVID-19. Programa de comidas con un límite de 6 veces por año calendario.

### Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos<sup>1,2</sup>



**Consulta de terapia grupal:**  
el 20% del costo

**Consulta de terapia individual:**  
el 20% del costo

### Dispositivos protésicos<sup>1</sup> (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)



**servicio cubierto por Medicare:**

**Dispositivos protésicos**  
el 20% del costo

**Suministros médicos**  
el 20% del costo

### Diálisis renal<sup>1</sup>



20% del costo

---

**Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo**



20% del costo de la atención de emergencia o urgencia en todo el mundo hasta el límite de cobertura de \$25,000 por año.

Este plan cubre servicios complementarios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia que recibe fuera de EE. UU. y sus territorios hasta un límite de cobertura del plan. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

---

**Family on Demand**



El programa Family on Demand, ofrecido por CHPW a través de Papa Pals, lo pone en contacto con miembros de su comunidad para que le ayuden, apoyen y escuchen. Obtendrá 60 horas de Family on Demand por año para recibir ayuda con los mandados o la preparación de comidas, asistencia técnica sencilla o simplemente un poco de compañía.

# Planes 3 y 4 (HMO) de Medicare Advantage del CHPW

**Áreas de prestación de servicios del plan 3:** Clark, Cowlitz, King, Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane, Thurston.

**Áreas de prestación de servicios del plan 4:** Adams, Chelan, Douglas, Grant, Lewis, Okanogan, Skagit, Walla Walla, Whatcom y Yakima.



# Planes 3 y 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

## Resumen de primas y beneficios

### Prima mensual del plan



#### Plan 3

\$79 por mes

#### Plan 4

\$105 por mes

Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

### Deducible

Este plan no tiene deducible.

### Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo

(sin incluir medicamentos recetados)



Sus límites anuales en este plan: \$8,850 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de costos de bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún deberá pagar la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

### Hospital para pacientes internados



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

### Hospital para pacientes ambulatorios



Copago de \$325 por servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Copago de \$325 por cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

### Centro de cirugía ambulatoria



Copago de \$325.

# Planes 3 y 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

## Resumen de primas y beneficios

**Consultas médicas<sup>1,2</sup>**  
(Atención primaria y especialistas)



**Consulta al médico de atención primaria\*:**

Copago de \$0

**Consulta a especialistas\*:**

Copago de \$40

\*Incluidas las consultas de telesalud

**Atención preventiva<sup>2</sup>**



Copago de \$0 por servicios preventivos, como vacunas antigripales y consultas anuales de "bienestar"

Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato. También se encuentran disponibles ocho llamadas de asesoramiento por año y hasta 12 semanas de terapia de reemplazo de nicotina. Llámenos para obtener más información.

**Atención de emergencia**



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

**Servicios de urgencia**



Copago de \$0 por consultas para atención de urgencia cubiertas por Medicare.

Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios.

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos. Para los servicios de urgencia recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte "Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo".

**Servicios de diagnóstico/  
Laboratorio/Escáner<sup>1</sup>**



**Servicios de radiología de diagnóstico**

(como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):

20% del costo

**Servicios de laboratorio:**

Copago de \$0

**Procedimientos y pruebas de diagnóstico:**

20% del costo

**Radiografías para pacientes externos:**

Copago de \$15

**Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:**

20% del costo



## Servicios de audición<sup>1,2</sup>



Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:

Copago de \$20

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

## Servicios dentales<sup>1</sup>



Copago de \$0 por servicios preventivos complementarios ilimitados.

Copago de \$0 por servicios integrales complementarios, hasta \$500 por año.

No debe pagar nada por los servicios preventivos ilimitados. Tampoco debe pagar nada por los servicios integrales complementarios, hasta un límite de beneficio total de \$500 por año. Debe acudir a un dentista que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com). Los proveedores de Delta Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.

## Servicios de la vista



### Servicios de la visión:

Copago de \$40 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.

### Servicios de la vista (complementarios):

*(A través de Vision Service Plan (VSP) Choice)*

- Copago de \$0 por un examen WellVision cada año
- Un límite de beneficio de hasta \$150 cada dos años para artículos para la visión complementarios.

### Fuera de la red VSP Choice:

- 100% del costo que supere el límite de beneficios del plan.

## Servicios de salud mental<sup>1,2</sup>



### Consulta para pacientes internados:

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.

Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$175 por día para los días 1 a 10
- Copago de \$0 por día para los días 11 a 90

### Consulta de terapia grupal o individual para pacientes externos (incluida la telesalud):

Copago de \$30

*Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.*

# Planes 3 y 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

## Resumen de primas y beneficios

### Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup>



- El plan cubre hasta 100 días en un SNF.
- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
  - Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

### Fisioterapia



Copago de \$30 por servicios para pacientes externos

### Ambulancia<sup>1</sup>



Copago de \$325 por beneficios de ambulancia de ida o vuelta cubiertos por Medicare.

### Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia<sup>1</sup>:  
20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>:  
20% del costo

*Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.*

## Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare

Sin deducible

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias de venta por correo de la red.

Etapa 1: Cobertura inicial	Usted paga el costo compartido para los medicamentos recetados de la Parte D de los niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que sus costos anuales de medicamentos alcanzan los \$5,030. Los costos anuales totales de los medicamentos son el costo total de los medicamentos que pagan usted y la Parte D del plan.
Etapa 2: Período sin cobertura	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcanzan los \$5,030, pagará un coseguro del 25% como máximo para los medicamentos genéricos o un coseguro del 25% como máximo para los medicamentos de marca para cualquier nivel de medicamentos durante el período sin cobertura entre los costos reales de su bolsillo (TrOOP) de \$5,030 y los \$8,000.
Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los costos anuales de bolsillo (incluidos los medicamentos adquiridos a través de farmacias minoristas y de venta por correo) alcancen los \$8,000, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>· coseguro del 5 %, o</li> <li>· Copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) o copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos.</li> </ul>

Costo compartido minorista	Farmacia preferida		Farmacia estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$110	Copago de \$47	Copago de \$140
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo	50% del costo	50% del costo	50% del costo
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

### Costo compartido de venta por correo preferido

Nivel	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$110

Si vive en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede adquirir los medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo precio que en una farmacia minorista estándar.

# Planes 3 y 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

## Resumen de otros beneficios

### Salud y bienestar



Copago de \$0 por servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía y quiropráctica de rutina con un máximo de 12 sesiones o consultas de todos los tipos de servicios combinados por año.

*Un profesional certificado por el estado debe brindar estos servicios.*

### Servicios de telesalud



**Cubrimos servicios de telesalud, incluidas las consultas virtuales con:**

- Proveedores de atención primaria
- Especialistas
- Atención de urgencia
- Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental, psiquiátricos y consumo de sustancias

Usted debe pagar lo mismo como si fuera una consulta presencial.

### Suministros para la diabetes/ Servicios y suministros para la diabetes



\$0 por el costo de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. La medicación para la diabetes, como la insulina, inyectada por medio de jeringa generalmente está cubierta por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

### Equipo médico duradero <sup>1</sup>



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

### Programa de ejercicios



**Copago de \$0 por lo siguiente:**

- Kit de ejercicios en el hogar (las opciones incluyen monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

---

## Cuidado de los pies<sup>1,2</sup>

(servicios de podiatría)



### Servicios de podiatría:

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)
- Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.

### Servicios de podiatría (complementarios):

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría complementaria.

Nuestro beneficio complementario incluye hasta cuatro (4) consultas por año para atención de los pies no cubierta por Medicare de un proveedor de atención de los pies aprobado por Medicare.

---

## Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup>



Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.

---

## Centros para enfermos terminales



Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no Community Health Plan of Washington Medicare Advantage, paga los servicios en un centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

---

## Comidas cuando más las necesita



No debe pagar nada por las comidas cubiertas hasta el beneficio máximo.

El beneficio incluye 28 comidas después del alta de cada hospitalización o ingreso a un centro de enfermería especializada. También disponible con un diagnóstico positivo de COVID-19. Programa de comidas con un límite de 6 veces por año calendario.

# Planes 3 y 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

## Resumen de otros beneficios

**Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos<sup>1,2</sup>**



**Consulta de terapia grupal:**  
el 20% del costo

**Consulta de terapia individual:**  
el 20% del costo

**Dispositivos protésicos<sup>1</sup>**  
(aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)



**Servicio cubierto por Medicare:**

**Dispositivos protésicos**  
el 20% del costo

**Suministros médicos**  
el 20% del costo

**Diálisis renal<sup>1</sup>**

20% del costo



**Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo**



20% del costo de la atención de emergencia o urgencia en todo el mundo hasta el límite de cobertura de \$25,000 por año.

Este plan cubre servicios complementarios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia que recibe fuera de EE. UU. y sus territorios hasta un límite de cobertura del plan. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

Página dejada en blanco a propósito

# Freedom Plan (HMO) de Medicare Advantage del CHPW

Áreas de prestación de servicios: Clark, Cowlitz, King,  
Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston





# CHPW Medicare Advantage Freedom Plan (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

### Prima mensual del plan

\$0 por mes



Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

### Deducible

Este plan no tiene deducible.

### Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo

(sin incluir medicamentos recetados)



Sus límites anuales en este plan: \$8,850 para los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de costos de bolsillo, seguirá recibiendo cobertura de servicios hospitalarios y médicos, y le pagaremos la totalidad del costo durante el resto del año. Tenga en cuenta que aún deberá pagar la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.

### Hospital para pacientes internados



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

### Hospital para pacientes ambulatorios



Copago de \$250 por servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Copago de \$250 por cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

### Centro de cirugía ambulatoria



Copago de \$250.

*Es posible que los servicios marcados con 1 requieran autorización previa.  
Es posible que los servicios marcados con 2 requieran una referencia por parte de su médico.*

# CHPW Medicare Advantage Freedom Plan (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

**Consultas médicas<sup>1,2</sup>**  
(Atención primaria y especialistas)



**Consulta al médico de atención primaria\*:**  
Copago de \$0

**Consulta a especialistas\*:**  
Copago de \$40

\*Incluidas las consultas de telesalud

**Atención preventiva<sup>2</sup>**



Copago de \$0 por servicios preventivos, como vacunas antigripales y consultas anuales de "bienestar"

Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato. También se encuentran disponibles ocho llamadas de asesoramiento por año y hasta 12 semanas de terapia de reemplazo de nicotina. Llámenos para obtener más información.

**Atención de emergencia**



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

**Servicios de urgencia**



Copago de \$0 por consultas para atención de urgencia cubiertas por Medicare.

Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede comunicarse, o cuando el inscrito se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y son médicamente necesarios.

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos. Para los servicios de urgencia recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, consulte "Atención de emergencia o de urgencia en todo el mundo".

---

**Servicios de diagnóstico/  
Laboratorio/Escáner<sup>1</sup>**



**Servicios de radiología  
de diagnóstico** (como  
resonancias magnéticas,  
tomografías computarizadas):  
20% del costo

**Procedimientos y pruebas  
de diagnóstico:**  
20% del costo

**Servicios de laboratorio:**  
Copago de \$0

**Radiografías para pacientes  
externos:**  
Copago de \$15

**Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación  
para el cáncer:**  
20% del costo

---

**Servicios de audición<sup>1,2</sup>**



Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:  
Copago de \$20

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

---

**Servicios dentales<sup>1</sup>**



Copago de \$0 por servicios preventivos complementarios ilimitados.  
Copago de \$0 por servicios integrales complementarios, hasta \$500  
por año.

No debe pagar nada por los servicios preventivos ilimitados. Tampoco  
debe pagar nada por los servicios integrales complementarios, hasta  
un límite de beneficio total de \$500 por año. Debe acudir a un dentista  
que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para  
encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental  
PPO Plus Premier, visite [DeltaDentalWA.com](http://DeltaDentalWA.com). Los proveedores de Delta  
Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios  
dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos  
o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera  
de la red.

---

**Servicios de la vista**



**Servicios de la visión:**

Copago de \$40 para exámenes de diagnóstico y tratamiento  
de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.

**Servicios de la vista (complementarios):**

(A través de Vision Service Plan (VSP) Choice)

- Copago de \$0 por un examen WellVision cada año
- Un límite de beneficio de hasta \$150 cada dos años para artículos para la visión complementarios.

**Fuera de la red VSP Choice:**

- 100% del costo que supere el límite de beneficios del plan.

---

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con uno de nuestros  
especialistas de Medicare al 1-800-944-1247 (TTY: 711).

# CHPW Medicare Advantage Freedom Plan (HMO)

## Resumen de primas y beneficios

### Servicios de salud mental<sup>1,2</sup>



#### Consulta para pacientes internados:

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$175 por día para los días 1 a 10
- Copago de \$0 por día para los días 11 a 90

#### Consulta de terapia grupal o individual para pacientes externos (incluida la telesalud):

Copago de \$30

*Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.*

### Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup>



El plan cubre hasta 100 días en un SNF.

- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
- Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

### Fisioterapia



Copago de \$30 por servicios para pacientes externos

### Ambulancia<sup>1</sup>



Copago de \$300 por beneficios de ambulancia de ida o vuelta cubiertos por Medicare.

### Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia<sup>1</sup>:  
20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B<sup>1</sup>:  
20% del costo

*Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.*

### Medicamentos de la Parte D de Medicare

Este plan no cubre medicamentos recetados de la Parte D.

## Salud y bienestar



Copago de \$0 por servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía y quiropráctica de rutina con un máximo de 12 sesiones o consultas de todos los tipos de servicios combinados por año.

*Un profesional certificado por el estado debe brindar estos servicios.*

## Servicios de telesalud



**Cubrimos servicios de telesalud, incluidas las consultas virtuales con:**

- Proveedores de atención primaria
- Especialistas
- Atención de urgencia
- Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental, psiquiátricos y consumo de sustancias

Usted debe pagar lo mismo como si fuera una consulta presencial.

## Suministros para la diabetes/ Servicios y suministros para la diabetes



\$0 por el costo de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. La medicación para la diabetes, como la insulina, inyectada por medio de jeringa generalmente está cubierta por su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

## Equipo médico duradero <sup>1</sup>



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

## Programa de ejercicios



**Copago de \$0 por lo siguiente:**

- Kit de ejercicios en el hogar (las opciones incluyen monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

# CHPW Medicare Advantage Freedom Plan (HMO)

## Resumen de otros beneficios

### Cuidado de los pies<sup>1,2</sup> (servicios de podiatría)



#### Servicios de podiatría:

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos)
- Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.

#### Servicios de podiatría (complementarios):

\$0 del costo por cada consulta de podiatría complementaria.

Nuestro beneficio complementario incluye hasta cuatro (4) consultas por año para atención de los pies no cubierta por Medicare de un proveedor de atención de los pies aprobado por Medicare.

### Atención médica a domicilio<sup>1,2</sup>



Copago de \$0 para consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.

### Centros para enfermos terminales



Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, y no Community Health Plan of Washington Medicare Advantage, paga los servicios en un centro de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

### Comidas cuando más las necesita



No debe pagar nada por las comidas cubiertas hasta el beneficio máximo.

El beneficio incluye 28 comidas después del alta de cada hospitalización o ingreso a un centro de enfermería especializada. También disponible con un diagnóstico positivo de COVID-19. Programa de comidas con un límite de 6 veces por año calendario.

### Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos<sup>1,2</sup>



**Consulta de terapia grupal:**  
el 20% del costo

**Consulta de terapia individual:**  
el 20% del costo

**Dispositivos protésicos<sup>1</sup>**  
(aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)



**servicio cubierto por Medicare:**

**Dispositivos protésicos**  
el 20% del costo

**Suministros médicos**  
el 20% del costo

**Diálisis renal<sup>1</sup>**



20% del costo

**Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo**



20% del costo de la atención de emergencia o urgencia en todo el mundo hasta el límite de cobertura de \$25,000 por año.

Este plan cubre servicios complementarios de emergencia, servicios de urgencia y transporte de emergencia que recibe fuera de EE. UU. y sus territorios hasta un límite de cobertura del plan. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

## Non-Discrimination Notice

Community Health Plan of Washington complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Community Health Plan of Washington does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Under Washington law, people have a right to be free from discrimination because of race, creed, color, national origin, sex, veteran or military status, sexual orientation, or the presence of any sensory, mental, or physical disability or the use of a trained dog guide or service animal by a person with a disability.

Community Health Plan of Washington:

- Provides free assistance and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Customer Service (1-800-942-0247).

If you believe that Community Health Plan of Washington has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Appeals and Grievances Department, by mail at 1111 3rd Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, by phone at 1-800-942-0247 (TTY: 711), by fax at 206-613-8984, or by email at [appealsgrievances@chpw.org](mailto:appealsgrievances@chpw.org). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Appeals and Grievances Department is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# Multi-Language Insert

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language, at no additional cost.

**ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-942-0247 (TTY: 711).**

**Español (Spanish) ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-942-0247 (TTY: 711).

**繁體中文 (Chinese) 注意:** 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-942-0247 (TTY: 711)。

**Af Soomaali (Somali) DIGTOONI:** Haddii aad ku hadasho Af Soomaali, adeegyada caawimada luqadda, oo lacag la'aan ah, ayaa lagu heli karaa adiga. Wac 1-800-942-0247. (TTY: 711).

**Русский (Russian) ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-942-0247 (телетайп: 711).

**(Arabic) العربية ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-942-0247 (طابعة هاتفية: 711).

**አማርኛ (Amharic) ማሰታወሻ:** የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-942-0247 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**توجه برای دری (Dari)** اگر به زبان دری صحبت می کنید، خدمات مساعدت زبان، طور رایگان برای شما موجود می باشد. با شماره 1-800-942-0247 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**ትግርኛ (Tigrinya) ምልክታ:** ትግርኛ ትዛረብ ተኸይንካ ኣገልግሎት ኣገዝ ቋንቋ ንዓኽ ብናጻ ይርከብ:: ደውል 1-800-942-0247 (TTY: 711)::

**ဗမာ (Burmese) သတိပို့ရန် -** အကယုၣ် သ္ဍုည ဝုမန္ဓာစကား ကို ဝေပုလာပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အကြံက စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-942-0247 (TTY: 711) သို့မူ ဝေငှဆိုပါ။

**ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-942-0247 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**한국어 (Korean) 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-942-0247 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**(Farsi) فارسی توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای تماس بگیرید. 1-800-942-0247 (TTY: 711) شما فراهم می باشد. با

**Українська (Ukrainian) УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-942-0247 (телетайп: 711).

**ភាសាខ្មែរ (Khmer) កត់ចំណាំ:** ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាមិនគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-942-0247 (TTY: 711)។

# Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sitio web:**

[medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org)

**Dirección postal:**

Community Health Plan  
of Washington  
1111 3rd Ave, Suite 400  
Seattle, WA 98101-3207

**Miembros potenciales:**

1-800-944-1247

**Miembros actuales:**

1-800-942-0247

**TTY: 711**

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.,  
los 7 días de la semana



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™  
**MEDICARE ADVANTAGE**