



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

MEDICARE ADVANTAGE

Community Health Plan of Washington
Dual Complete (HMO D-SNP) | Dual Select (HMO-D-SNP)

Resumen de beneficios 2024

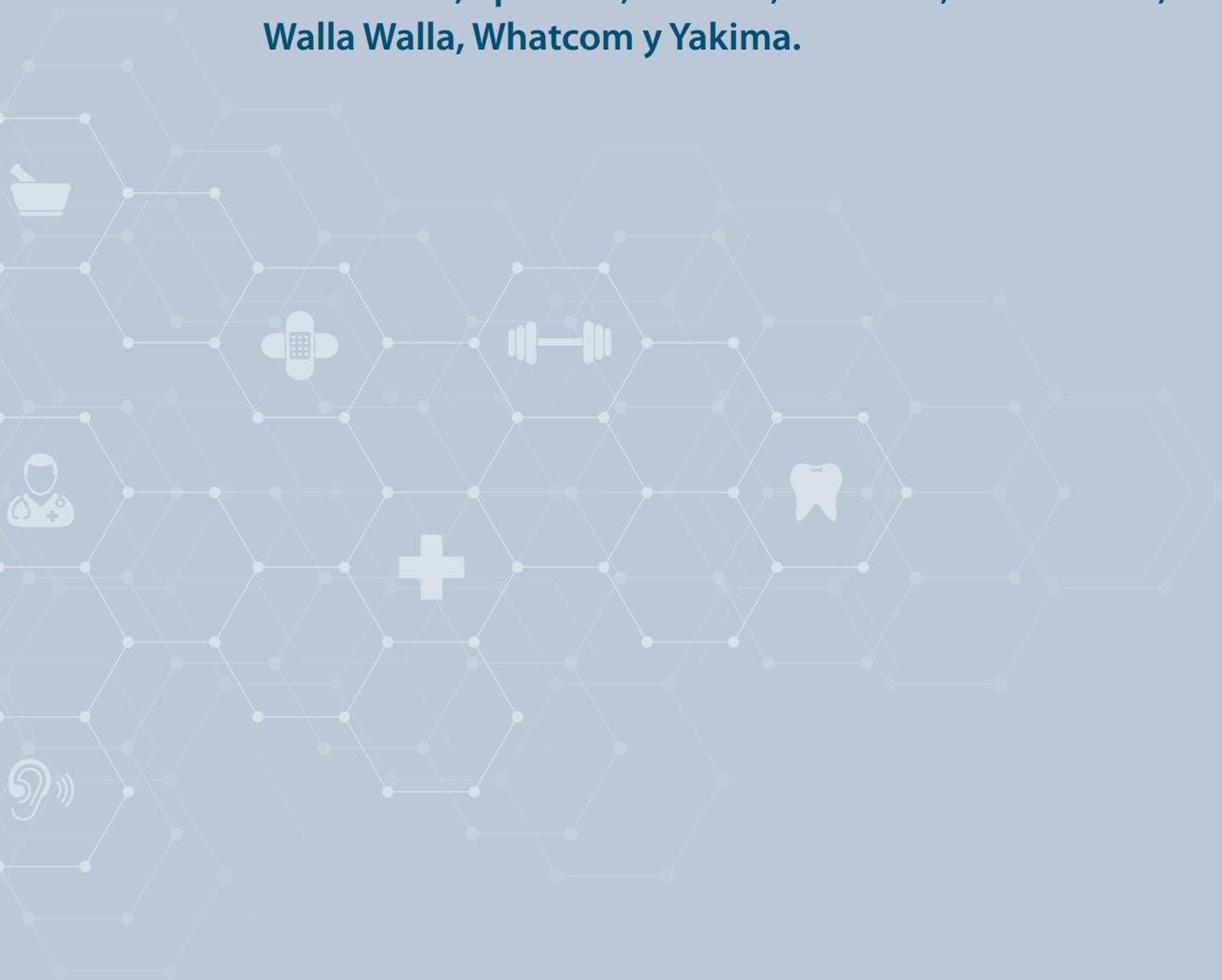
¿\$0 o el 20%?

Con toda la asistencia de costo compartido de Medicaid, usted paga copagos de \$0 por los servicios cubiertos. Sin la asistencia completa de Medicaid de costo compartido, usted puede pagar hasta el 20% por los servicios; el monto exacto depende del nivel de asistencia de Medicaid que reciba.

Obtenga *más que*
Original Medicare

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Áreas de prestación de servicios: Adams, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Cowlitz, Douglas, Franklin, Grant, Grays Harbor, Jefferson, King, Kittitas, Kitsap, Lewis, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom y Yakima.



CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Resumen de primas y beneficios

Prima mensual del plan

\$0*



*Su prima mensual de \$40.60 del plan se paga mientras reúna los requisitos para recibir un subsidio por bajos ingresos del 100% ("Ayuda adicional").

Deducible

\$0. (Sin la asistencia de costo compartido de Medicaid, se aplica el deducible de \$226 a los servicios de la Parte B Medicare. Este monto corresponde a 2023 y puede cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente).

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



Copago de \$0 con la contribución completa de Medicaid de costo compartido. Sin la asistencia completa de Medicaid de costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2023 y pueden cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,600 para los días 1 a 60
- Copago de \$400 para los días 61 a 90
- Copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1.

Hospital para pacientes ambulatorios



\$0 para cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria

Usted paga \$0.



CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Resumen de primas y beneficios

Consultas médicas^{1,2}
(Atención primaria y especialistas)



\$0 para cada consulta con un proveedor de atención primaria o especialista cubierta por Medicare (incluida la telesalud).

Atención preventiva²



\$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



\$0 para cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.

Servicios de urgencia



\$0 para consultas de 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/Escáner¹**



**Servicios de radiología
de diagnóstico** (como MRI,
tomografías computarizadas):
\$0

Servicios de laboratorio:
\$0

**Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación
para el cáncer:**
\$0

**Pruebas y procedimientos
de diagnóstico:**
\$0

**Radiografías para pacientes
externos:**
\$0

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^{1,2}



Servicios de audición:

\$0 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Servicios auditivos (complementarios):

\$0 para un examen auditivo de rutina por año y un ajuste/evaluación de audífonos por año. No debe pagar nada por los audífonos y suministros complementarios, hasta el límite del beneficio de \$2,250 por año calendario. Límite de uno por oído al año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.

Servicios dentales¹



Copago de \$0 por servicios preventivos e integrales complementarios combinados, hasta \$5,000 por año.

No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios, hasta un límite de beneficios total combinado de \$5,000 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. 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:

\$0 para el costo de exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista cubiertos por Medicare

Servicios de la vista (complementarios):

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

- \$0 por un examen WellVision cada año.
- Un límite de beneficio del plan de hasta \$500 cada año para artículos complementarios.

Fuera de la red VSP Choice:

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

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Resumen de primas y beneficios

Servicios de salud mental^{1,2}



Consulta para pacientes internados:

Copago de \$0 con asistencia completa de Medicaid de costo compartido. Sin la asistencia completa de Medicaid de costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2023 y pueden cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,600 para los días 1 a 60 por cada período de beneficios
- Copago de \$400 para los días 61 a 90 por cada período de beneficios
- Copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)

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

Usted paga \$0.

Centro de enfermería especializada (SNF)^{1,2}



Copago de \$0 con la contribución completa de Medicaid de costo compartido. Sin la contribución completa de Medicaid de costo compartido, usted debe pagar lo siguiente. Estos montos de costo compartido corresponden a 2023 y pueden cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

Días 1 a 20: copago de \$0 por día para cada período de beneficios

Días 21 a 100: copago de \$200 por día para cada período de beneficios

Días 101 y posteriores: todos los costos.

Fisioterapia



Usted paga \$0 por los servicios de fisioterapia cubiertos por Medicare.

Ambulancia¹



Usted paga \$0 por los servicios de ambulancia de ida o vuelta cubiertos por Medicare.

Transporte



No debe pagar nada por hasta 40 viajes de ida (con un límite de 50 millas) para las citas relacionadas con la salud cada año calendario.

Medicamentos de la Parte B de Medicare



Usted paga \$0 por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare:

- Medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia¹
- Otros medicamentos de la Parte B¹

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.

Resumen de la cobertura para medicamentos de Dual Complete de CHPW (HMO D-SNP)

Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare \$0

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

Costo compartido minorista

	Farmacia	
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Todos los niveles	\$0	\$0

Costo compartido de venta por correo preferido

Nivel	Suministro para 90 días
Todos los niveles	\$0

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 Dual Complete (HMO D-SNP)

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 ¹



\$0 para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

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.

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 gimnasio asociado
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

Cuidado de los pies^{1,2}

(servicios de podiatría)



Servicios de podiatría:

\$0 del costo por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen:

- 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^{1,2}



Copago de \$0 por servicios de atención médica a domicilio cubiertos 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 Dual Complete (HMO D-SNP)

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^{1,2}



Consulta de terapia grupal:
\$0

Consulta de terapia individual:
\$0

Artículos de venta libre (OTC) y comestibles



\$100 cada mes para gastar en alimentos y OTC cubiertos.

Dispositivos protésicos¹ (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)



servicio cubierto por Medicare:

Dispositivos protésicos
Usted paga \$0 por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare

Suministros médicos
Usted paga \$0 por los suministros médicos cubiertos por Medicare

Diálisis renal¹



\$0

Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo



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

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.

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.

Cobertura de Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid (Apple Health). Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos de este resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio mencionado a continuación, puede ver lo que cubre Apple Health. Lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos dependerá de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	CHPW Dual Complete	Medicaid*
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS		
Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye abuso de sustancias y rehabilitación)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Atención de la salud mental para pacientes internados	✓ Con cobertura	Con cobertura
Centro de enfermería especializada (SNF) (En un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Atención médica a domicilio (incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de auxiliares de atención médica en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Centros para enfermos terminales	✓ Con cobertura	Con cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Visitas al consultorio médico	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de quiropráctica	✓ Con cobertura	Menos de 20 - Con cobertura Más de 21 - Sin cobertura
Servicios de podología	✓ Con cobertura	Cobertura para procedimientos médicamente necesarios
Atención de la salud mental para pacientes externos	✓ Con cobertura	Con cobertura

* Esta lista solo brinda información general y no garantiza que los servicios realmente sean cubiertos.

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Resumen de otros beneficios

Beneficio	CHPW Dual Complete	Medicaid*
ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS (continuación)		
Servicios de atención por abuso de sustancias para pacientes externos	✓ Con cobertura	Con cobertura con restricciones
Servicios para pacientes ambulatorios	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	✓ Con cobertura	Con cobertura con restricciones
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si cree, dentro de lo razonable, que necesita atención de emergencia).	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de urgencia (Esto no es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Consulte la página 3 para obtener más detalles).	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	✓ Con cobertura	Con cobertura con limitaciones
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Prótesis (incluye aparatos dentales, extremidades y ojos artificiales, etc.)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Programas y suministros para la diabetes	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	✓ Con cobertura	Con cobertura

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.

Beneficio	CHPW Dual Complete	Medicaid*
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por consumo de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer mamario • Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare • Servicios de tratamiento médico nutricional • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar • Vacunas, incluidas las vacunas contra la COVID-19, antigripales, contra la hepatitis B y antineumocócicas • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" • Consulta anual de "Bienestar" 	<p>✓ Con cobertura más terapia de reemplazo de nicotina y asesoramiento</p>	<p>Con cobertura con limitaciones</p>

* Esta lista solo brinda información general y no garantiza que los servicios realmente sean cubiertos.

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Resumen de otros beneficios

Beneficio	CHPW Dual Complete	Medicaid*
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados para pacientes externos	✓ Con cobertura	Con cobertura con restricciones
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Servicios dentales	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de audición	✓ Con cobertura - examen auditivo y audífonos	Con cobertura - solo el examen auditivo
Servicios de la vista	✓ Cobertura de beneficio de artículos adicionales más otros artículos	Con cobertura
Programa de ejercicios	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Artículos de venta libre (OTC) y comestibles	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Salud y bienestar	✓ Con cobertura	Sin cobertura

Página dejada en blanco a propósito

Dual Select de CHPW (HMO D-SNP)

Áreas de prestación de servicios: Adams, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Cowlitz, Douglas, Franklin, Grant, Grays Harbor, Jefferson, King, Kittitas, Kitsap, Lewis, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom y Yakima.



CHPW Dual Select (HMO D-SNP)

Resumen de primas y beneficios

Prima mensual del plan \$0 - \$40.60 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)



Deducible

Sin la asistencia de costo compartido de Medicaid, se aplica el deducible de \$226 de los servicios de la Parte B Medicare. Este monto corresponde a 2023 y puede cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

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



Sin la asistencia completa de Medicaid de costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2023 y pueden cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,600 para los días 1 a 60
- Copago de \$400 para los días 61 a 90
- Copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1.

Hospital para pacientes ambulatorios



\$0 o el 20% por cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria



Usted paga \$0 o el 20%.

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 Dual Select (HMO D-SNP)

Resumen de primas y beneficios

Consultas médicas^{1,2}
(Atención primaria y especialistas)



\$0 o el 20% por cada consulta con un proveedor de atención primaria o especialista cubierta por Medicare (incluida la telesalud).

Atención preventiva²



\$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



\$0 o el 20%; límite de \$100 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.

Servicios de urgencia



\$0 o el 20%; límite de \$55 para las consultas de 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/Escáner¹**



Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI, tomografías computarizadas):
\$0 o el 20%

Servicios de laboratorio:
\$0 o el 20%

Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:
\$0 o el 20%

Pruebas y procedimientos de diagnóstico:
\$0 o el 20%

Radiografías para pacientes externos:
\$0 o el 20%

Servicios de audición^{1,2}



Servicios de audición:

\$0 o el 20% por exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Servicios auditivos (complementarios):

\$0 para un examen auditivo de rutina por año y un ajuste/evaluación de audífonos por año. No debe pagar nada por los audífonos y suministros complementarios, hasta el límite del beneficio de \$2,250 por año calendario. Límite de uno por oído al año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.

Servicios dentales¹



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

No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios, hasta un límite de beneficios total combinado 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. 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:

\$0 o el 20% por el costo por exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares.

Servicios de la vista (complementarios):

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

- \$0 por un examen WellVision cada año.
- Un límite de beneficio del plan de hasta \$500 cada año para artículos complementarios.

Fuera de la red VSP Choice:

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

CHPW Dual Select (HMO D-SNP)

Resumen de primas y beneficios

Servicios de salud mental^{1,2}



Consulta para pacientes internados:

Sin la asistencia completa de costo compartido de Medicaid, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2023 y pueden cambiar para 2024. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,600 para los días 1 a 60 por cada período de beneficios
- Copago de \$400 para los días 61 a 90 por cada período de beneficios
- Copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días a lo largo de su vida)

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

Usted paga \$0 o el 20%.

Centro de enfermería especializada (SNF)^{1,2}



Sin la contribución completa de Medicaid de costo compartido, usted debe pagar lo siguiente. Este monto corresponde a 2023, que cambia cada año. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

Días 1 a 20: copago de \$0 por día para cada período de beneficios

Días 21 a 100: copago de \$200 por día para cada período de beneficios

Días 101 y posteriores: todos los costos

Fisioterapia



Usted paga \$0 o el 20% por los servicios de fisioterapia cubiertos por Medicare.

Ambulancia¹



Usted paga \$0 o el 20% por los servicios de ambulancia de ida o vuelta cubiertos por Medicare.

Medicamentos de la Parte B de Medicare



Usted paga \$0 o el 20% por los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare:

- Medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia¹
- Otros medicamentos de la Parte B¹

Resumen de la cobertura de medicamentos de Dual Select de CHPW (HMO D-SNP)

Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare \$0 a \$545 según "Ayuda adicional"

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

Costo compartido minorista

Nivel	Farmacia	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Todos los niveles	\$0	\$0

Costo compartido de venta por correo preferido

Nivel	Suministro para 90 días
Todos los niveles	\$0

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 Dual Select (HMO D-SNP)

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 o el 20% 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 ¹



\$0 o el 20% 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 gimnasio asociado
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

Cuidado de los pies^{1,2}

(servicios de podiatría)



Servicios de podiatría:

\$0 o el 20% del costo por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen:

- 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^{1,2}



Copago de \$0 por servicios de atención médica a domicilio cubiertos 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 Dual Select (HMO D-SNP)

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^{1,2}



Consulta de terapia grupal:
\$0 o el 20%

Consulta de terapia individual:
\$0 o el 20%

Dispositivos protésicos¹ (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)



servicio cubierto por Medicare:

Dispositivos protésicos
Usted paga \$0 o el 20% por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare

Suministros médicos
Usted paga \$0 o el 20% por los suministros médicos cubiertos por Medicare

Diálisis renal¹



\$0 o 20%

Atención de emergencia o urgencia en todo el mundo



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

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.

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.

Cobertura de Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid (Apple Health). Los beneficios descritos en la sección Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos de este resumen de beneficios están cubiertos por Medicare. Para cada beneficio mencionado a continuación, puede ver lo que cubre Apple Health. Lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos dependerá de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	CHPW Dual Select	Medicaid*
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS		
Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye abuso de sustancias y rehabilitación)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Atención de la salud mental para pacientes internados	✓ Con cobertura	Con cobertura
Centro de enfermería especializada (SNF) (En un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Atención médica a domicilio (incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de auxiliares de atención médica en el hogar y servicios de rehabilitación, etc.)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Centros para enfermos terminales	✓ Con cobertura	Con cobertura
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Visitas al consultorio médico	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de quiropráctica	✓ Con cobertura	Menos de 20 - Con cobertura Más de 21 - Sin cobertura
Servicios de podología	✓ Con cobertura	Cobertura para procedimientos médicamente necesarios
Atención de la salud mental para pacientes externos	✓ Con cobertura	Con cobertura

CHPW Dual Select (HMO D-SNP)

Resumen de otros beneficios

Beneficio	CHPW Dual Select	Medicaid*
ATENCIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS (continuación)		
Servicios de atención por abuso de sustancias para pacientes externos	✓ Con cobertura	Con cobertura con restricciones
Servicios para pacientes ambulatorios	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	✓ Con cobertura	Con cobertura con restricciones
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si cree, dentro de lo razonable, que necesita atención de emergencia).	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de urgencia (Esto no es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera del área de prestación de servicios. Consulte la página 17 para obtener más detalles).	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	✓ Con cobertura	Con cobertura con limitaciones
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Prótesis (incluye aparatos dentales, extremidades y ojos artificiales, etc.)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Programas y suministros para la diabetes	✓ Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	✓ Con cobertura	Con cobertura

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.

Beneficio	CHPW Dual Select	Medicaid*
SERVICIOS PREVENTIVOS		
<p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento por consumo de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer mamario • Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare • Servicios de tratamiento médico nutricional • Prueba de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar • Vacunas, incluidas las vacunas contra la COVID-19, antigripales, contra la hepatitis B y antineumocócicas • Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" • Consulta anual de "Bienestar" 	<p>✓ Con cobertura más terapia de reemplazo de nicotina y asesoramiento</p>	<p>Con cobertura con limitaciones</p>

CHPW Dual Select (HMO D-SNP)

Resumen de otros beneficios

Beneficio	CHPW Dual Select	Medicaid*
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS		
Medicamentos recetados para pacientes externos	✓ Con cobertura	Con cobertura con restricciones
SERVICIOS Y SUMINISTROS MÉDICOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
Servicios dentales	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de audición	✓ Con cobertura - examen auditivo y audífonos	Con cobertura - solo el examen auditivo
Servicios de la vista	✓ Cobertura de beneficio de artículos adicionales más otros artículos	Con cobertura
Programa de ejercicios	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Salud y bienestar	✓ Con cobertura	Sin cobertura

Página dejada en blanco a propósito

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. 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 ሊያገዝዎት 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 သ္ဍညု 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)។

Sitio web:

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