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 2026

$0 o el 20%

Con la asistencia total para el costo compartido de Apple Health (Medicaid), paga copagos de $0 por los servicios cubiertos. Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, puede pagar hasta el 20% por los servicios; el monto exacto depende del nivel de asistencia de Apple Health que reciba.

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)

Áreas de prestación de servicios: Adams, Asotin, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Columbia, Cowlitz, Douglas, Ferry, Franklin, Garfield, Grant, Grays Harbor, Island, Jefferson, King, Kitsap, Kittitas, Klickitat, Lewis, Lincoln, Mason, Okanogan, Pacific, Pend Oreille, Pierce, San Juan, Skagit, Skamania, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Wahkiakum, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)
Resumen de primas y beneficios

Prima mensual del plan	$0* *Se paga su prima mensual del plan de $10.50 en tanto cumpla con los requisitos para acceder al subsidio del 100% por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”). Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Apple Health (Medicaid) la pague por usted.
Deducible	$0. (Sin la contribución de Apple Health para el costo compartido, se aplica un deducible de $257 para los servicios de la Parte B de Medicare. Este es el monto de 2025 y puede cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente).
Responsabilidad máxima de costos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Sus límites anuales en este plan: $9,250 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.
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados[1,2]	Copago de $0 con la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido. Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente. · Deducible de $1,676 para los días 1 a 60 · Copago de $419 para los días 61 a 90 · Copago de $838 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.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios[1,2]	$0 por cirugías hospitalarias y otros servicios para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Centro de cirugía ambulatoria[1,2]	Usted paga $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.

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 (inclusive telesalud).

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en medicare.chpw.org/find-a-doctor.

Atención preventiva[2]

Copago de $0 por servicios preventivos tales 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. Para obtener más detalles, llame al Servicio al Cliente.

Atención de emergencia

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

Servicios de urgencia

$0; límite 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[1]

Servicios de radiología de diagnóstico *(como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)*:
$0

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:
$0

Servicios de laboratorio:
$0

Radiografías para pacientes externos:
$0

Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:
$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	**Servicios de audición:** $0 por los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. **Servicios de audición (complementarios):** Copago de $0 por un examen auditivo de rutina por año y una colocación o evaluación de audífonos por año. No pagará nada por los audífonos y suministros complementarios, hasta el límite de beneficios de $1,500 por año calendario. Límite de uno por oído al año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.
Servicios dentales	Copago de $0 por servicios preventivos e integrales complementarios combinados, hasta $2,250 por año. No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios con un límite de beneficio total combinado de $2,250 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 la red de Delta Dental deben presentar 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 visión	**Servicios de la visión:** $0 por el costo de exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la visión cubiertos por Medicare **Servicios de la visión (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.

Servicios de salud mental en un centro de cuidados intensivos[1,2]	**Consulta para pacientes internados:** Copago de $0 con asistencia completa de Apple Health para el costo compartido. Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente. · Deducible de $1,676 para los días 1 a 60 por cada período de beneficios · Copago de $419 para los días 61 a 90 por cada período de beneficios · Copago de $838 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) **Consulta de terapia grupal o individual para pacientes externos (inclusive telesalud):** Paga $0 por la asistencia total de Apple Health para el costo compartido.
Centro de enfermería especializada (SNF)[1,2]	Copago de $0 con la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido. Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, debe pagar lo siguiente. Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente. Días 1 a 20: copago de $0 por día para cada período de beneficios Días 21 a 100: copago de $209.50 por día para cada período de beneficios Días 101 y posteriores: todos los costos
Fisioterapia[1,2]	Paga $0 por los servicios de fisioterapia cubiertos por Medicare.
Ambulancia[1]	Paga $0 por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o de vuelta.
Transporte[1]	No debe pagar nada por hasta 40 viajes de ida (con un límite de 40 millas) para las citas relacionadas con la salud cada año calendario. Se requiere autorización previa para viajes de más de 40 millas.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Paga $0 por los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare: · Medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia[1] · Otros medicamentos de la Parte B[1]

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.

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. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar medicare.chpw.org/formulary.

Costos compartidos en el comercio minorista y costos compartidos preferidos en pedidos por correo

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 2	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 3	Coseguro del 25%	N/C	N/C
Nivel 3 Insulina de marca preferida	El menor entre $35 o un coseguro del 25%.	N/C	N/C
Nivel 4	Coseguro del 45%	N/C	N/C
Nivel 4 Insulina de marca no preferida	El menor entre $35 o un coseguro del 25%.	N/C	N/C
Nivel 5	Coseguro del 25%	N/C	N/C
Nivel 6	$0	$0	$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.

Salud y bienestar	Copago de $0 por los servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía, quiropráctica 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 · Especialista[1] · Atención de urgencia · Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental, psiquiátricos y consumo de sustancias[1] Usted debe pagar lo mismo como si fuera una consulta presencial. Para obtener la información más completa y vigente sobre los servicios de telesalud, visite medicare.chpw.org/virtualcare.
Suministros para la diabetes/servicios y suministros para la diabetes[1,2]	$0 por el costo de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios e insumos 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 por el equipo médico duradero cubierto 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[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). · Atención 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 proporcionada por 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 cubiertas por Medicare.
Centros para enfermos terminales	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare original, 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. Programa de comidas con un límite de 6 veces por año calendario.

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)
Resumen de otros beneficios

Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos[1,2]	**Consulta de terapia grupal:** $0	**Consulta de terapia individual:** $0
Beneficio de comestibles[†]	$85 por mes para alimentos en tiendas minoristas participantes. Disponible para miembros que cumplen con condiciones crónicas y los requisitos de elegibilidad que se describen a continuación.[†]	
Dispositivos protésicos[1] (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	**Servicio cubierto por Medicare:**	
	Prótesis Paga $0 por las prótesis cubiertas por Medicare	**Suministros médicos** Paga $0 por los suministros médicos cubiertos por Medicare
Diálisis renal[1]	$0	
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. 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.	

[†]Los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) están disponibles para los inscritos elegibles. Puede calificar para estos beneficios si le han diagnosticado una afección crónica como diabetes, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), afecciones de salud mental, cáncer u otras afecciones que califiquen y que estén enumeradas en su Evidencia de cobertura. También debe cumplir con todos los demás criterios de elegibilidad. Para saber si es elegible, comuníquese con el equipo de administración de cuidados médicos de Community Health Plan of Washington al 1-866-418-7005 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

El Resumen de Beneficios (SB) le ayudará a elegir un plan de salud y es solo un resumen. El SB muestra cómo usted y el plan de salud compartirían el costo para los servicios de atención médica cubiertos. Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, llame al Servicio al Cliente al 1-800-944-1247 (TTY: 711). Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como monto máximo de bolsillo, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor de la red u otros términos, consulte el Capítulo 12 de la Evidencia de cobertura de Dual Complete de CHPW. Puede ver la Evidencia de cobertura de Dual Complete de CHPW en medicare.chpw.org/eoc2026 o llamar al 1-800-944-1247 (TTY: 711) para solicitar una copia.

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.

Qué cubre Apple Health (Medicaid)

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por 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 que se encuentra a continuación, puede ver la cobertura de Apple Health. Lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos dependerá de su nivel de elegibilidad para Apple Health.

Beneficio	CHPW Dual Complete	Apple Health (Medicaid)*
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS		
Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye servicios por consumo de sustancias y de 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 podiatría	✓ 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.*

Beneficio	CHPW Dual Complete	Apple Health (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 27 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	Apple Health (Medicaid)*
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Servicios preventivos: • 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"	✓ Con cobertura más terapia de reemplazo de nicotina y asesoramiento	Con cobertura con limitaciones

CHPW Dual Complete (HMO D-SNP)
Resumen de otros beneficios

Beneficio	CHPW Dual Complete	Apple Health (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	Con cobertura
Servicios de audición	✓ Con cobertura - examen auditivo y audífonos	Con cobertura
Servicios de la visión	✓ Cobertura de beneficio de artículos adicionales más otros artículos	Con cobertura
Programa de ejercicios	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Beneficio de comestibles†	✓ Con cobertura	Sin cobertura
Transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)	✓ Con cobertura	Con cobertura
Salud y bienestar	✓ Con cobertura	Sin cobertura

†Los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) están disponibles para los inscritos elegibles. Puede calificar para estos beneficios si le han diagnosticado una afección crónica como diabetes, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), afecciones de salud mental, cáncer u otras afecciones que califiquen y que estén enumeradas en su Evidencia de cobertura. También debe cumplir con todos los demás criterios de elegibilidad. Para saber si es elegible, comuníquese con el equipo de administración de cuidados médicos de Community Health Plan of Washington al 1-866-418-7005 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Puede obtener más información sobre Medicare en el manual *Medicare y usted.* Se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño y también está disponible en línea en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE.

Community Health Plan of Washington es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.

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

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, Kitsap, Kittitas, 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 - $10.50 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda Adicional) Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Apple Health (Medicaid) la pague por usted.
Deducible	Sin la contribución de Apple Health (Medicaid) para el costo compartido, se aplica un deducible de $257 para los servicios de la Parte B de Medicare. Este es el monto de 2025 y puede cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente.
Responsabilidad máxima de costos de su bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Sus límites anuales en este plan: $9,250 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.
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados[1,2]	Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente. · Deducible de $1,676 para los días 1 a 60 · Copago de $419 para los días 61 a 90 · Copago de $838 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.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios[1,2]	$0 o el 20% del costo de cirugías en un hospital para pacientes ambulatorios y otros servicios cubiertos por Medicare.
Centro de cirugía ambulatoria[1,2]	Usted paga $0 o del 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% del costo de cada consulta a especialistas o proveedores de atención primaria cubierta por Medicare (inclusive telesalud).

La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en medicare.chpw.org/find-a-doctor.

Atención preventiva[2]

Copago de $0 por servicios preventivos tales 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. Para obtener más detalles, llame al Servicio al Cliente.

Atención de emergencia

$0 o el 20%; límite de $115 por cada consulta en la sala de emergencia cubierta por Medicare.

Servicios de urgencia

$0 o el 20%; límite 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[1]

Servicios de radiología de diagnóstico *(como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)*:
$0 o el 20%

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:
$0 o el 20%

Servicios de laboratorio:
$0 o el 20%

Radiografías para pacientes ambulatorios:
$0 o el 20%

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

Servicios de audición	**Servicios de audición:** $0 o el 20% del costo de los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. **Servicios de audición (complementarios):** Copago de $0 por un examen auditivo de rutina por año y una colocación o evaluación de audífonos por año. No pagará nada por los audífonos y suministros complementarios, hasta el límite de beneficios de $1,500 por año calendario. Límite de uno por oído al año. Usted debe pagar cualquier costo que supere el límite de beneficios del plan.
Servicios dentales	Copago de $0 por servicios preventivos e integrales complementarios combinados, hasta $1,250 por año. No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios con un límite de beneficio total combinado de $1,250 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 la red de Delta Dental deben presentar 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 visión	**Servicios de la visión:** $0 o el 20% por el costo de los exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare **Servicios de la visión (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.

Servicios de salud mental en un centro de cuidados intensivos [1,2]	**Consulta para pacientes internados:** Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar para 2026. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente. · Deducible de $1,676 para los días 1 a 60 por cada período de beneficios · Copago de $419 para los días 61 a 90 por cada período de beneficios · Copago de $838 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) **Consulta de terapia grupal o individual para pacientes externos (inclusive telesalud):** Paga $0 o el 20% con la asistencia total de Apple Health para el costo compartido.
Centro de enfermería especializada (SNF) [1,2]	Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, debe pagar lo siguiente. Este es el monto para 2025, que cambia todos los años. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Servicio al Cliente. Días 1 a 20: copago de $0 por día para cada período de beneficios Días 21 a 100: copago de $209.50 por día para cada período de beneficios Días 101 y posteriores: todos los costos
Transporte [1]	No debe pagar nada por hasta 40 viajes de ida (con un límite de 40 millas) para las citas relacionadas con la salud cada año calendario. Se requiere autorización previa para viajes de más de 40 millas.
Fisioterapia [1,2]	Usted debe pagar $0 o el 20% por servicios de fisioterapia cubiertos por Medicare.
Ambulancia [1]	Usted debe pagar $0 o el 20% por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o de vuelta.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Paga $0 o el 20% por los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare: · Medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia [1] · Otros medicamentos de la Parte B [1]

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.

Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare $0 - $615 en función de la "Ayuda Adicional"

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y en farmacias de venta por correo de la red. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar medicare.chpw.org/formulary.

Costos compartidos en el comercio minorista y costos compartidos preferidos en pedidos por correo

Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 2	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 3	Coseguro del 25%	N/C	N/C
Nivel 3 Insulina de marca preferida	El menor entre $35 o un coseguro del 25%.	N/C	N/C
Nivel 4	Coseguro del 50%	N/C	N/C
Nivel 4 Insulina de marca no preferida	El menor entre $35 o un coseguro del 25%.	N/C	N/C
Nivel 5	Coseguro del 25%	N/C	N/C
Nivel 6	$0	$0	$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.

Salud y bienestar	Copago de $0 por los servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía, quiropráctica 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 · Especialista[1] · Atención de urgencia · Sesiones individuales y grupales para pacientes ambulatorios con problemas de salud mental, psiquiátricos y consumo de sustancias[1] Usted debe pagar lo mismo como si fuera una consulta presencial. Para obtener la información más completa y vigente sobre los servicios de telesalud, visite medicare.chpw.org/virtualcare.
Suministros para la diabetes/servicios y suministros para la diabetes[1,2]	$0 o el 20% por el costo de la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios e insumos 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.

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[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). · Atención 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 proporcionada por 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 cubiertas por Medicare.
Centros para enfermos terminales	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare original, 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. 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 protésicos[1] (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	**Servicio cubierto por Medicare:** **Prótesis** Usted deberá pagar $0 o el 20% por las prótesis cubiertas por Medicare	**Suministros médicos** Usted deberá pagar $0 o el 20% por los suministros médicos cubiertos por Medicare
Diálisis renal[1]	$0 o el 20%	
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. 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.	

El Resumen de Beneficios (SB) le ayudará a elegir un plan de salud y es solo un resumen. El SB muestra cómo usted y el plan de salud compartirían el costo para los servicios de atención médica cubiertos. Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, llame al Servicio al Cliente al 1-800-944-1247 (TTY: 711). Para ver las definiciones generales de los términos comunes, como monto máximo de bolsillo, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor de la red u otros términos, consulte el Capítulo 12 de la Evidencia de cobertura de Dual Select de CHPW. Puede ver la Evidencia de cobertura de Dual Select de CHPW en medicare.chpw.org/eoc2026 o llamar al 1-800-944-1247 (TTY: 711) para solicitar una copia.

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.

Qué cubre Apple Health (Medicaid)

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por 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 que se encuentra a continuación, puede ver la cobertura de Apple Health. Lo que usted debe pagar por los servicios cubiertos dependerá de su nivel de elegibilidad para Apple Health.

Beneficio	CHPW Dual Select	Apple Health (Medicaid)*
ATENCIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS		
Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye servicios por consumo de sustancias y de 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 podiatría	✓ 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.*

Beneficio	CHPW Dual Select	Apple Health (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 41 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	Apple Health (Medicaid)*
SERVICIOS PREVENTIVOS		
Servicios preventivos: • 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"	✓ Con cobertura más terapia de reemplazo de nicotina y asesoramiento	Con cobertura con limitaciones

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

CHPW Dual Select (HMO D-SNP)
Resumen de otros beneficios

Beneficio	CHPW Dual Select	Apple Health (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	Con cobertura
Servicios de audición	✓ Con cobertura - examen auditivo y audífonos	Con cobertura
Servicios de la visión	✓ 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

Puede obtener más información sobre Medicare en el manual *Medicare y usted.* Se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño y también está disponible en línea en www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE.

Community Health Plan of Washington es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado de Washington. La inscripción en Community Health Plan of Washington depende de la renovación del contrato.

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

Página dejada en blanco a propósito

Aviso sobre no discriminación

Community Health Plan of Washington (CHPW) cumple con las leyes federales, estatales y locales de derechos civiles vigentes. Community Health Plan of Washington no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, orientación sexual, género (incluida la identidad o expresión de género), condición de veterano o militar, presencia de discapacidad sensorial, mental o física, ni por el uso de un animal de servicio.

Para garantizar el acceso y ayudar a las personas con discapacidades a comunicarse correctamente con nosotros, Community Health Plan of Washington:

- Proporciona adaptaciones razonables gratuitas y oportunas
- Proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como información en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles

Community Health Plan of Washington también brinda servicios gratuitos y oportunos de asistencia en otros idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente de CHPW al 1-800-942-0247 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m.

Si considera que Community Health Plan of Washington no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma prohibida por la ley, puede presentar un reclamo por correo a Civil Rights Coordinator, 1111 3rd Ave, Suite 400, Seattle WA 98101; por teléfono al 1-800-942-0247 (TTY: 711), de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes; por fax al 206-652-7010; o por correo electrónico a civil.rights@chpw.org. Si necesita ayuda para hacerlo, el Departamento de Reclamos y Apelaciones está disponible para brindar asistencia. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a: 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).

Los formularios de queja están disponibles en hhs.gov/ocr/complaints/index.html.

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English

For free language assistance services and auxiliary aids and services, call 1-800-942-0247 (TTY: 711).

Español (Spanish)
Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711).

中文（简体) (Chinese)
如需免费的语言协助服务以及辅助工具和服务，请致电1-800-942-0247 (听障人士请拨打 TTY：711）。

Tiếng Việt (Vietnamese)
Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-800-942-0247 (TTY: 711).

한국인 (Korean)
무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-800-942-0247 (TTY: 711) 로 문의해 주시기 바랍니다.

Русский (Russian)
Для получения бесплатных услуг языковой помощи а также вспомогательных средств и услуг, звоните по номеру 1-800-942-0247 (TTY: 711).

Tagalog
Para sa mga libreng serbisyo sa tulong sa wika at mga pantulong na kagamitan at serbisyo, tumawag sa 1-800-942-0247 (TTY: 711).

Українська (Ukrainian)
Для отримання безкоштовної мовної допомоги, допоміжних засобів та послуг телефонуйте за номером 1-800-942-0247 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Mon-Khmer Cambodian)
សម្រាប់សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា និងឧបករណ៍ និងសេវាកម្មជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-942-0247 (TTY: 711)។

日本語 (Japanese)
言語サポートサービス（無料）および補助的な器具やサービスをご希望の方は、
1-800-942-0247（TTY: 711）までお電話ください。

አማርኛ (Amharic)
ለ ለነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እንዲሁም ለአካል ጉዳተኞች እርዳታ እና አገልግሎቶች፣ ወደ 1-800-942-0247 (TTY: 711) ይደውሉ።

العربية (Arabic)
لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والأدوات المساعدة والخدمات الإضافية، يرجى الاتصال على الرقم
1-800-942-0247 (الهاتف النصي TTY: اتصل على الرقم 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, 1-800-942-0247 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Deutsch (German)
Kostenlose Sprachassistenzdienste, Hilfsmittel und Dienstleistungen erhalten Sie unter
1-800-942-0247 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Laotian)
ສໍາລັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ແລະ ອຸປະກອນ ແລະ ການບໍລິການເສີມແບບບໍ່ເສຍຄ່າ,
ໃຫ້ໂທ 1-800-942-0247 (TTY: 711).

Cushite Afaan Oromoo
Tajaajiloota hiikkaa afaanii, fi namoota hanqina dubbachuu, arguu fi dhagahuu qabaniif deeggarsa dubbii, argaa fi dhageettii meeshaatiinii bilisaan argachuuf, gara 1-800-942-0247 (TTY: 711) tti bilbilaa.

ትግርኛ (Tigrinya)
ብነጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት፣ ከምኡ'ውን ናይ ረድኤት ሓገዝን ኣገልግሎትን ንምርካብ ናብ
1-800-942-0247 (TTY፦ 711) ደውሉ።

Soomaali (Somali)
Si aad u hesho adeegyada caawinta luqadda bilaashka ah iyo qalabka iyo adeegyada kaalmada ah,
wac 1-800-942-0247 (TTY: 711).

Français (French)
Pour bénéficier d'une assistance linguistique gratuite et d'aides et services auxiliaires,
appelez le 1-800-942-0247 (TTY : 711).

دری (Dari)
برای درخواست خدمات ترجمه رایگان، و کمک ها و خدمات پشتیبان مخصوص افراد ناتوان یا کم توان، با
1-800-942-0247 (TTY: 711) به تماس شوید.

Notas

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

H5826_MK193_SB_Dual_01_2026_M SPA HCA: 53684