



Obtenga *más que*  
Original Medicare

# Puntos destacados de los beneficios para 2024



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington™

**MEDICARE ADVANTAGE**

# ¿Cómo puede inscribirse?



## Por teléfono

Un especialista en inscripción certificado de Medicare de Community Health Plan of Washington (CHPW) con gusto lo ayudará a inscribirse. Llame al (TTY: 711) los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.



## En persona

Llame al 1-800-944-1247 (TTY: 711) para coordinar un horario que le resulte cómodo para reunirse con uno de nuestros especialistas locales en inscripción de Medicare. O programe una cita a través de nuestra página web [medicare.chpw.org/rebs](https://www.medicare.chpw.org/rebs).



## Por correo

Complete la solicitud de inscripción y envíela en el sobre pagado.



## En línea

Visite [medicare.chpw.org/enrollnow](https://www.medicare.chpw.org/enrollnow). Facilitamos la inscripción en línea con un proceso de 6 pasos.

## Preguntas importantes que debe hacerse a la hora de elegir su plan Medicare Advantage

### ¿Qué costos debo prever para mi cobertura?

Es importante saber cuánto pagará de su propio bolsillo en concepto de primas mensuales, costos compartidos por servicios de atención médica y medicamentos recetados.

### ¿Podré seguir con mis médicos?

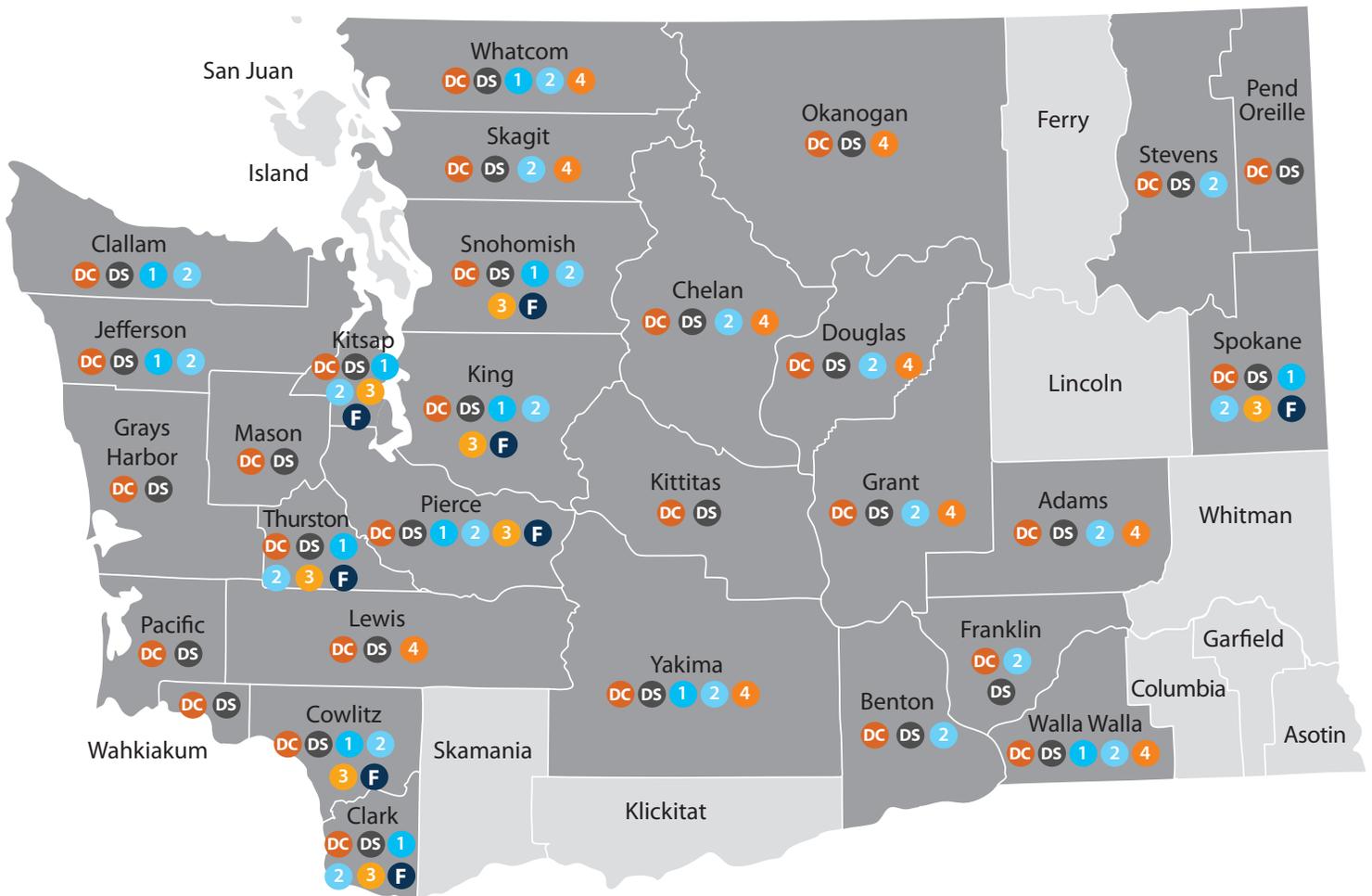
Querrá saber si el médico con quien quiere atenderse o el hospital al que necesita ir están dentro de la red del plan. Llámenos o visite nuestro sitio web para ver nuestra red de proveedores en [medicare.chpw.org](https://www.medicare.chpw.org).

### ¿El plan cubre algún servicio que no cubra Original Medicare?

Muchos planes Medicare Advantage ofrecen beneficios adicionales tales como cobertura auditiva, de la visión, dental, de ejercicio, de medicamentos recetados y de productos de venta libre.

### ¿Qué sucede con la cobertura de medicamentos?

Recuerde que Original Medicare no cubre medicamentos recetados. Puede obtener cobertura de medicamentos a través de un plan Medicare Advantage o de un plan independiente de la Parte D.



1 MA Plan 1 (HMO)   
 2 MA Plan 2 (HMO)   
 3 MA Plan 3 (HMO)   
 4 MA Plan 4 (HMO)   
 F MA Freedom Plan (HMO)

DC Dual Complete (HMO D-SNP)   
 DS Dual Select (HMO D-SNP)

Al elegir un plan Medicare Advantage de CHPW, usted elige una red que se extiende por todo el estado, y que consta de miles de médicos de atención primaria y especialistas, y más de 100 hospitales. Usted tiene acceso a los servicios que necesita cuándo y dónde los necesita. Nuestros planes varían por condado. Para inscribirse, debe residir en nuestra área de servicio.

- † Los beneficios que presentamos están en la red, bajo la administración del Plan de servicios de visión (VSP). Cuenta con una serie de opciones de marcos y lentes básicos dentro de este monto del beneficio.
- ‡ Los beneficios dentales son administrados por Delta Dental of Washington. Debe atenderse con un dentista de la red de Delta Dental para recibir cobertura. Para encontrar la lista más actual de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite [deltadentalwa.com](http://deltadentalwa.com).
- \* Los planes Dual Complete y Dual Select ofrecen apoyo adicional para las personas que reúnen los requisitos para los beneficios tanto de la Parte A y la Parte B de Medicare como de Apple Health (Medicaid). Todos los costos compartidos de estos planes, que incluyen las primas y los costos médicos y de medicamentos recetados, se basan en su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si está inscrito en el Estado o en otro plan de beneficios Medicaid, Community Health Plan of Washington (CHPW) lo ayudará a resolver cualquier problema de facturación. Con el plan Dual Complete, si tiene el estado Dual completo, su médico no podrá facturarle costos compartidos cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Su médico debe aceptar nuestro pago del plan como pago completo o facturar a la fuente correcta de Medicaid.
- \*\* Se paga su prima mensual del plan de \$40.60 en tanto cumpla con los requisitos para acceder al 100% del subsidio para personas de bajos ingresos ("Ayuda adicional").

CHPW MA Plan/Beneficio	Dual Complete* (HMO D-SNP)
Prima mensual	\$0**
Máximo de bolsillo	\$8,850
Parte A   Hospitalización	\$0
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	\$0
Parte B   Deducible	\$0
Atención primaria/Telesalud (por consulta)	\$0
Salud mental (por consulta)	\$0
Atención con especialistas/Telesalud (por consulta)	\$0
Atención de urgencia (por consulta)	\$0
Atención de emergencia (por consulta)	\$0
Ambulancia (por servicio)	\$0
Insumos para diabéticos	\$0
Exámenes de la vista y artículos <sup>†</sup>	Copago de \$0; 1 examen de la vista de rutina por año, límite de cobertura del plan de \$500 por año para anteojos
Servicios dentales <sup>‡</sup>	\$5,000 para servicios preventivos e integrales
Salud y bienestar	Un total combinado de 25 consultas al año para acupuntura, naturopatía, quiropraxia y masajes
Programa de ejercicios	Kit de ejercicios, membresía de gimnasio
Comidas cuando más las necesita	28 comidas tras recibir el alta del hospital o un diagnóstico positivo de COVID-19
Artículos de venta libre (OTC) y comestibles	\$100 por mes para artículos de comestibles y OTC cubiertos
Audífonos, exámenes y colocación	\$2,250 por año; copago de \$0 para examen y colocación
Transporte	40 viajes de ida o de vuelta (límite de 50 millas) por año
Family on Demand	60 horas al año de apoyo y asistencia personalizados
Parte D   Deducible	\$0
Medicamentos recetados de la Parte D	Medicamentos genéricos: \$0   Medicamentos de marca: \$0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 1 (HMO)
\$0 - \$40.60 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)	\$0
\$8,850	\$8,850
\$0 o 20%	\$500/por día para los días 1-4; \$0/día para los días 5-90
\$0 o 20%	Copago de \$370
Sin la contribución completa de Medicaid de costo compartido, se aplica un deducible de \$226. Este monto cambia año tras año.	Sin deducible
\$0 o 20%	Copago de \$0
\$0 o 20%	Copago de \$40
\$0 o 20%	Copago de \$50
\$0 o 20%; límite de \$55	Copago de \$40
\$0 o 20%; límite de \$100	Copago de \$100, \$0 si es admitido
\$0 o 20%	Copago de \$350
\$0 o 20%	Copago de \$0
Copago de \$0; 1 examen de la vista de rutina por año, límite de cobertura del plan de \$500 por año para anteojos	Sin cobertura
\$500 para servicios preventivos e integrales	Dos consultas preventivas por año
Un total combinado de 25 consultas al año para acupuntura, naturopatía, quiropraxia y masajes	Un total combinado de 12 consultas al año para acupuntura, naturopatía y quiropraxia
Kit de ejercicios, membresía de gimnasio	Kit de ejercicios, membresía de gimnasio
28 comidas tras recibir el alta del hospital o un diagnóstico positivo de COVID-19	28 comidas tras recibir el alta del hospital o un diagnóstico positivo de COVID-19
Sin cobertura	Sin cobertura
\$2,250 por año; copago de \$0 para examen y colocación	Sin cobertura
Sin cobertura	Sin cobertura
60 horas al año de apoyo y asistencia personalizados	60 horas al año de apoyo y asistencia personalizados
\$0 - \$545 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)	\$230 - solo nivel 5
Medicamentos genéricos: \$0   Medicamentos de marca: \$0	5 niveles (1/2/3/4/5) Preferida: \$0/\$10/\$37/50%/29% Estándar: \$10/\$20/\$47/50%/29%

Plan 2 (HMO)	Plan 3 (HMO)	Plan 4 (HMO)
\$0 - \$38.40 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)	\$79	\$105
\$8,850	\$8,850	
\$500/por día para los días 1-4; \$0/día para los días 5-90	\$500/por día para los días 1-4; \$0/día para los días 5-90	
Copago de \$365	Copago de \$325	
Sin deducible	Sin deducible	
Copago de \$0	Copago de \$0	
Copago de \$40	Copago de \$30	
Copago de \$50	Copago de \$40	
Copago de \$40	Copago de \$0	
Copago de \$100, \$0 si es admitido	Copago de \$100, \$0 si es admitido	
Copago de \$350	Copago de \$325	
Copago de \$0	Copago de \$0	
Sin cobertura	Copago de \$0; 1 examen de la vista de rutina por año, límite de cobertura del plan de \$150 cada 2 años para anteojos	
Servicios preventivos ilimitados, más un límite de \$500 para servicios integrales	Servicios preventivos ilimitados, más un límite de \$500 para servicios integrales	
Un total combinado de 25 consultas al año para acupuntura, naturopatía, quiropraxia y masajes	Un total combinado de 12 consultas al año para acupuntura, naturopatía y quiropraxia	
Kit de ejercicios, membresía de gimnasio	Kit de ejercicios, membresía de gimnasio	
28 comidas tras recibir el alta del hospital o un diagnóstico positivo de COVID-19	28 comidas tras recibir el alta del hospital o un diagnóstico positivo de COVID-19	
Sin cobertura	Sin cobertura	
Sin cobertura	Sin cobertura	
Sin cobertura	Sin cobertura	
60 horas al año de apoyo y asistencia personalizados	Sin cobertura	
\$0	\$0	
5 niveles (1/2/3/4/5) Preferida: \$0/\$10/\$37/50%/33% Estándar: \$10/\$20/\$47/50%/33%	5 niveles (1/2/3/4/5) Preferida: \$0/\$10/\$37/50%/33% Estándar: \$10/\$20/\$47/50%/33%	

## Freedom Plan (HMO)

\$0

\$8,850

\$500/por día para los días 1-4; \$0/día para los días 5-90

Copago de \$250

Sin deducible

Copago de \$0

Copago de \$30

Copago de \$40

Copago de \$0

Copago de \$100, \$0 si es admitido

Copago de \$300

Copago de \$0

Copago de \$0; 1 examen de la vista de rutina por año, límite de cobertura del plan de \$150 cada 2 años para anteojos

Servicios preventivos ilimitados, más un límite de \$500 para servicios integrales

Un total combinado de 12 consultas al año para acupuntura, naturopatía y quiropraxia

Kit de ejercicios, membresía de gimnasio

28 comidas tras recibir el alta del hospital o un diagnóstico positivo de COVID-19

Sin cobertura

Sin cobertura

Sin cobertura

Sin cobertura

Este plan no incluye cobertura para medicamentos recetados

Este plan no incluye cobertura para medicamentos recetados

# ¿Sabe qué plan quiere?

## Inscríbase fácilmente en línea escaneando el siguiente código QR y siga el proceso de 6 pasos



# ¿No puede decidir? Permítanos ayudarlo.

Somos sus especialistas en inscripción de Medicare.  
Comuníquese con nosotros al: **1-800-944-1247**  
(TTY: 711) los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.



Preguntas sobre la  
inscripción:

**1-800-944-1247**

Preguntas sobre Atención  
al Cliente:

**1-800-942-0247**

TTY: 711  
los 7 días de la semana,  
de 8 a.m. a 8 p.m.

Sitio web:

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

Dirección postal:

**Community Health Plan  
of Washington**

**1111 3rd Ave, Suite 400  
Seattle, WA 98101-3207**

Community Health Plan of Washington (CHPW) es un plan 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. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima o los copagos/ el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Las personas deben tener tanto la Parte A como la Parte B para inscribirse. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que reciba cobertura por parte del Departamento de Servicios Sociales y Salud (DSHS) de Washington. La información sobre beneficios que se brinda en el presente documento está resumida, es decir, no es una descripción completa.

*Atención: Esta información también está disponible de forma gratuita en formatos alternativos, como braille o tamaño de letra grande. Llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711).*

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

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