



# Puntos destacados de los beneficios para 2025



**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 **1-800-944-1247** (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/reps**.



## Por correo

Complete la solicitud de inscripción y envíela en el sobre con franqueo pagado: Community Health Plan of Washington, Attn: Eligibility, Suite 400, 1111 3rd Ave, Seattle, WA 98101-3207



## En línea

Visite **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?

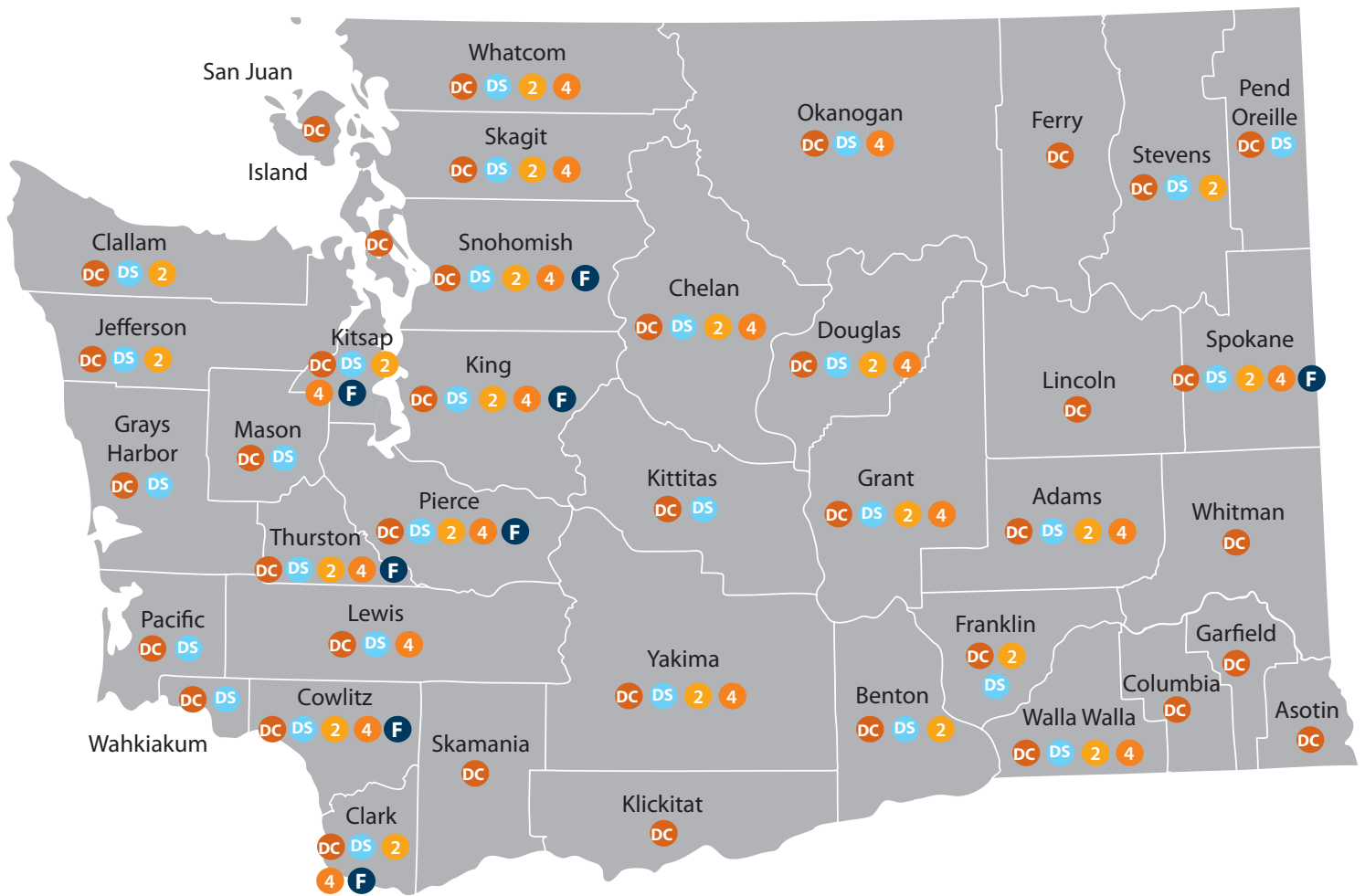
Querrá saber si el médico con quien quiere atenderse o el hospital al que necesita ir están dentro de la red del plan. Llámenos o visite nuestro sitio web para ver nuestra red de proveedores en [medicare.chpw.org](http://medicare.chpw.org).

### ¿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.



DC Dual Complete (HMO D-SNP)    
 DS Dual Select (HMO D-SNP)    
 2 MA Plan 2 (HMO)    
 4 MA Plan 4 (HMO)    
 F MA Freedom Plan (HMO)

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 Apple Health. Si está inscrito en el Estado o en otro plan de beneficios Apple Health, 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 Apple Health. Su médico debe aceptar nuestro pago del plan como pago completo o facturar a la fuente correcta de Apple Health.

\*\* Se paga su prima mensual del plan de \$26.20 en tanto cumpla con los requisitos para acceder al 100% Low Income Subsidy (subsidio del 100% para personas de bajos ingresos) ("Ayuda adicional"). Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, aunque es posible que también esté paga, según su nivel de Apple Health.

CHPW MA Plan/Beneficio	Dual Complete* (HMO D-SNP)
Prima mensual	\$0**
Máximo de bolsillo	\$9,350
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
Suministros para la diabetes	\$0
Exámenes de la visión 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, quiropráctica 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 comestibles y OTC cubiertos
Audífonos, exámenes y colocación	Límite de beneficios del plan de \$2,250 por año; copago de \$0 por examen y colocación
Transporte	20 viajes de ida o de vuelta (límite de 40 millas) por año
Parte D   Deducible	\$0
Medicamentos recetados de la Parte D	Medicamentos genéricos: \$0   Medicamentos de marca: \$0

Dual Select* (HMO D-SNP)	Plan 2 (HMO)	
\$0 - \$26.20 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)	\$0 - \$23.10 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)	
\$9,350	\$9,350	
\$0 o el 20%	\$500 por día para los días 1 a 4; \$0 por día para los días 5 a 90	
\$0 o el 20%	Copago de \$365	
Sin la contribución completa de Apple Health (Medicaid) de costo compartido, se aplica un deducible de \$240. Este es el monto de 2024 y puede cambiar para 2025.	Sin deducible	
\$0 o el 20%	Copago de \$0	
\$0 o el 20%	Copago de \$40	
\$0 o el 20%	Copago de \$50	
\$0 o el 20%; límite de \$45	Copago de \$40	
\$0 o el 20%; límite de \$110	Copago de \$100, \$0 si es ingresado	
\$0 o el 20%	Copago de \$350	
\$0 o el 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	
\$750 para servicios preventivos e integrales	Servicios preventivos ilimitados, más un límite de \$500 para servicios integrales	
Un total combinado de 25 consultas al año para acupuntura, naturopatía, quiropráctica y masajes	Un total combinado de 25 consultas al año para acupuntura, naturopatía, quiropráctica y masajes	
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	
Límite de beneficios del plan de \$2,250 por año; copago de \$0 por examen y colocación	Sin cobertura	
32 viajes de ida o de vuelta (límite de 40 millas) por año	20 viajes de ida o de vuelta (límite de 40 millas) por año	
\$0 - \$590 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)	\$0	
Medicamentos genéricos: \$0   Medicamentos de marca: \$0	5 Niveles (1/2/3/4/5)	Preferido: \$0/\$10/\$37/50%/33% Estándar: \$10/\$20/\$47/50%/33%

Plan 4 (HMO)	Freedom Plan (HMO)
\$107	\$0
\$9,350	\$9,350
\$500 por día para los días 1 a 4; \$0 por día para los días 5 a 90	\$500 por día para los días 1 a 4; \$0 por día para los días 5 a 90
Copago de \$325	Copago de \$250
Sin deducible	Sin deducible
Copago de \$0	Copago de \$0
Copago de \$30	Copago de \$30
Copago de \$40	Copago de \$40
Copago de \$0	Copago de \$0
Copago de \$100, \$0 si es ingresado	Copago de \$100, \$0 si es ingresado
Copago de \$325	Copago de \$300
Copago de \$0	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	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 12 consultas al año para acupuntura, naturopatía y quiropráctica	Un total combinado de 12 consultas al año para acupuntura, naturopatía y quiropráctica
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
\$0	Este plan no incluye cobertura para medicamentos recetados.
5 Niveles (1/2/3/4/5) Preferido: \$0/\$10/\$37/50%/33% Estándar: \$10/\$20/\$47/50%/33%	Este plan no incluye cobertura para medicamentos recetados.

## CHPW MA Plan/Beneficio

Prima mensual

Máximo de bolsillo

Parte A | Hospitalización

Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios

Parte B | Deducible

Atención primaria/Telesalud (por consulta)

Salud mental (por consulta)

Atención con especialistas/Telesalud (por consulta)

Atención de urgencia (por consulta)

Atención de emergencia (por consulta)

Ambulancia (por servicio)

Suministros para la diabetes

Exámenes de la visión y artículos<sup>†</sup>

Servicios dentales<sup>†</sup>

Salud y bienestar

Programa de ejercicios

Comidas cuando más las necesita

Artículos de venta libre (OTC) y comestibles

Audífonos, exámenes y colocación

Transporte

Parte D | Deducible

Medicamentos recetados de la Parte D

# ¿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**

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. Community Health Plan of Washington cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. 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 2026. 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.*

*Call 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)。**