



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 2025

\$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 \$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").

Deducible

\$0. (Sin la contribución de Apple Health para el costo compartido, se aplica un deducible de \$240 para los servicios de la Parte B de Medicare. Este es el monto de 2024 y puede cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente).

Responsabilidad máxima de costos de su bolsillo

(no incluye medicamentos recetados)



Sus límites anuales en este plan: \$9,350 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 para pacientes internados en un centro de cuidados intensivos^{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 son montos de costos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,632 para los días 1 a 60
- Copago de \$408 para los días 61 a 90
- Copago de \$816 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}

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 preventiva²



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. 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 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 resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):

\$0

Servicios de laboratorio:

\$0

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

\$0

Procedimientos y pruebas 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 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 \$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 dentales



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 con un límite de beneficio 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 por 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 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 son montos de costos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,632 para los días 1 a 60 por cada período de beneficios
- Copago de \$408 para los días 61 a 90 por cada período de beneficios
- Copago de \$816 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)

Consultade 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 son montos de costos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. 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 \$204 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.

Ambulancia¹



Paga \$0 por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o de vuelta.

Transporte¹



No debe pagar nada por hasta 20 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 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. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar medicare.chpw.org/formulary.

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 Complete (HMO D-SNP)

Resumen de otros beneficios

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
- 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. 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



\$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 pies²

(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 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 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 por mes para artículos de comestibles y OTC cubiertos

Dispositivos protésicos¹

(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 renal¹



\$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.

El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o conseguir una copia de todos los términos de cobertura, llame 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/eoc2025](https://www.medicare.chpw.org/eoc2025) 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 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	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		
<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	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 - 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, 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 - \$26.20 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)



Deducible

Sin la contribución de Apple Health (Medicaid) para el costo compartido, se aplica un deducible de \$240 para los servicios de la Parte B de Medicare. Este es el monto de 2024 y puede cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

Responsabilidad máxima de costos de su bolsillo

(no incluye medicamentos recetados)



Sus límites anuales en este plan: \$9,350 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 para pacientes internados en un centro de cuidados intensivos^{1,2}



Sin la asistencia completa de Apple Health para el costo compartido, se aplican deducibles y copagos de la Parte A. Estos son montos de costos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,632 para los días 1 a 60
- Copago de \$408 para los días 61 a 90
- Copago de \$816 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}



Copago de \$0 o 20% por cirugías en un hospital para pacientes ambulatorios y otros servicios cubiertos por Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}

Usted paga \$0 o 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)



Copago de \$0 o 20% por 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 preventiva²



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. Llámenos para obtener más información.

Atención de emergencia



\$0 o 20%; límite de \$110 por cada consulta en la sala de emergencia cubierta por Medicare.

Servicios de urgencia



\$0 o 20%; límite de \$45 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/Escáner¹



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

\$0 o 20%

Servicios de laboratorio:

\$0 o 20%

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

\$0 o 20%

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:

\$0 o 20%

Radiografías para pacientes ambulatorios:

\$0 o 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^{1,2}



Servicios de audición:

copago de \$0 o 20% por 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 \$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 dentales



Copago de \$0 por servicios preventivos e integrales complementarios combinados, hasta \$750 por año.

No debe pagar nada por los servicios preventivos e integrales complementarios con un límite de beneficio total combinado de \$750 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 20% por el costo de los exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare

Servicios de la vista (complementarios):

(A través de Vision Service Plan [VSP] Choice 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 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 son montos de costos compartidos para 2024 y pueden cambiar para 2025. Para obtener información sobre los montos actualizados, comuníquese con Atención al Cliente.

- Deducible de \$1,632 para los días 1 a 60 por cada período de beneficios
- Copago de \$408 para los días 61 a 90 por cada período de beneficios
- Copago de \$816 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 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 el 2024, que cambia todos los años. 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 \$204 por día para cada período de beneficios

Días 101 y posteriores: todos los costos

Transporte¹



No debe pagar nada por hasta 32 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 20% por servicios de fisioterapia cubiertos por Medicare.

Ambulancia¹



Usted debe pagar \$0 o 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 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

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 de medicamentos de Dual Select de CHPW (HMO D-SNP)

Deducible para medicamentos de la Parte D de Medicare \$0 - \$590 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.

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, 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
- 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. 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



\$0 o 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 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 pies²

(servicios de podiatría)



Servicios de podiatría:

\$0 o 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 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. 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 20%

Consulta de terapia individual:
\$0 o 20%

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



servicio cubierto por Medicare:

Prótesis
Usted deberá pagar \$0 o 20% por las prótesis cubiertas por Medicare

Suministros médicos
Usted deberá pagar \$0 o 20% por los suministros médicos cubiertos por Medicare

Diálisis renal¹



\$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 documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o conseguir una copia de todos los términos de cobertura, llame 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/eoc2025 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 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 Select (HMO D-SNP)

Resumen de otros beneficios

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		
<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 amplia de 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 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	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 cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Plan of Washington no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Conforme a la ley de Washington, las personas tienen derecho a no sufrir discriminación por motivos de raza, credo, color, nacionalidad, sexo, condición de militar en servicio o veterano, orientación sexual, presencia de una discapacidad sensorial, mental o física, o uso de un perro guía entrenado o un animal de servicio por parte de una persona con una discapacidad.

Community Health Plan of Washington:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - o Intérpretes capacitados.
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Appeals and Grievances Department (Departamento de reclamos y apelaciones).

Si considera que Community Health Plan of Washington no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Appeals and Grievances Department, por correo en 1111 3rd Avenue, Suite 400, Seattle WA 98101, por teléfono al 1-800-942-0247 (TTY: 711), por fax al 206-613-8984, o por correo electrónico en appealsgrievances@chpw.org. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Appeals and Grievances Department está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Si necesita adaptaciones, o requiere los documentos en otro formato o idioma, por favor llame 1-800-942-0247 (TTY: 711), de las 8 a.m. - 8 p.m., los 7 días de la semana.

Multi-Language Insert | Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-942-0247 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-942-0247 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-942-0247 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-942-0247 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-942-0247 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-942-0247 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-942-0247 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-942-0247 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-942-0247 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-942-0247 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-800-942-0247. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-942-0247 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-942-0247 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-942-0247 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-942-0247 (TTY: 711). You moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-942-0247 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-942-0247 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Community Health Plan of WA Medicare Advantage - H5826

En el 2024, Community Health Plan of WA Medicare Advantage - H5826 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★☆

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆

Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea

Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en línea en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Community Health Plan of WA Medicare Advantage 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico a 800-944-1247 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto). Miembros actuales favor de llamar 800-942-0247 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).

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