



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

MEDICARE ADVANTAGE

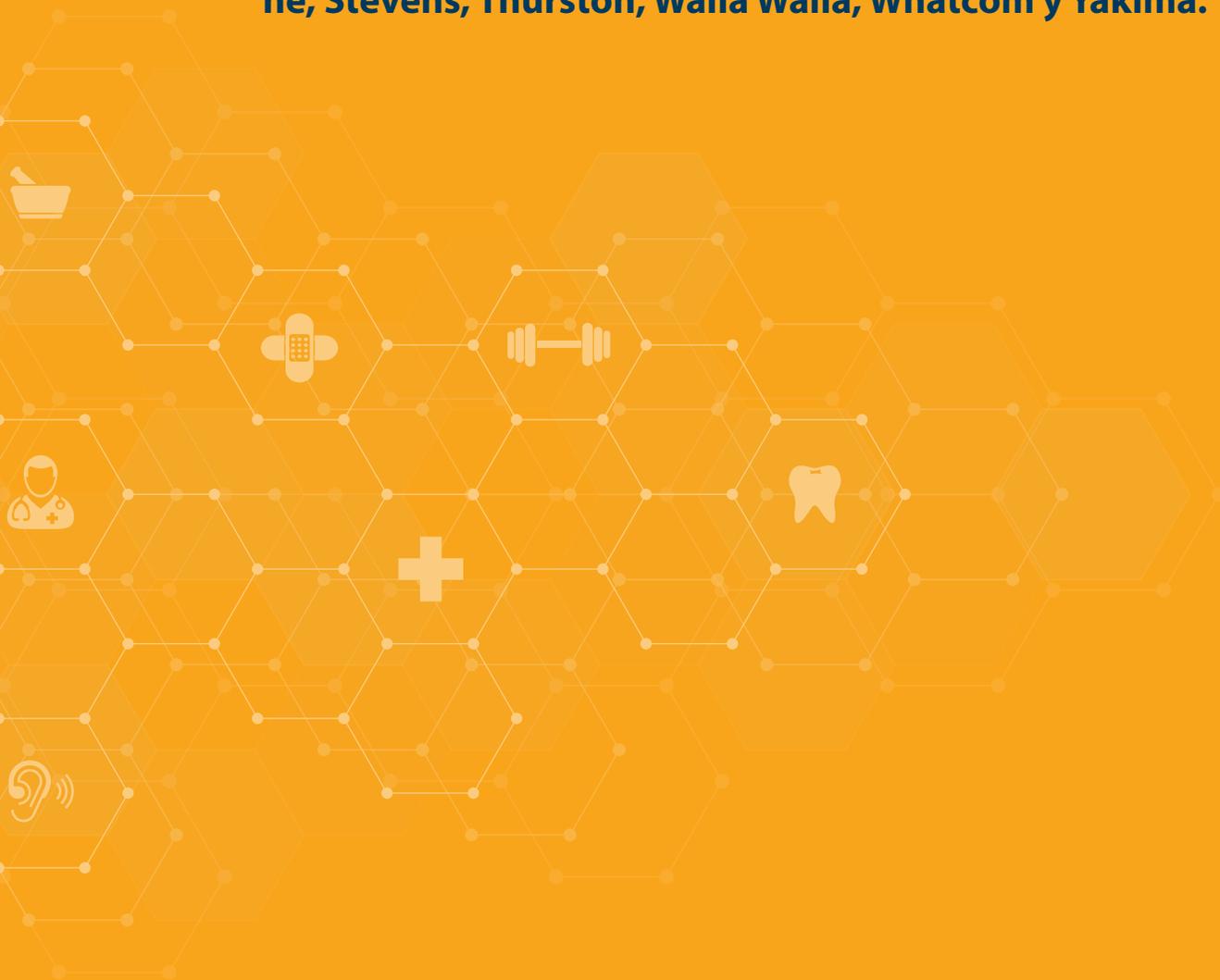
Community Health Plan of Washington
Planes HMO: Plan 2 | Plan 4 | Freedom Plan

Resumen de beneficios 2025



Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Áreas de prestación de servicios: Adams, Benton, Chelan, Clallam, Clark, Cowlitz, Douglas, Franklin, Grant, Jefferson, King, Kitsap, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Stevens, Thurston, Walla Walla, Whatcom y Yakima.



Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Prima mensual del plan



\$0 - \$23.10 (el monto exacto depende del nivel de Ayuda adicional)
Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Deducible

Este plan no tiene deducible

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}



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios^{1,2}



Copago de \$365 por servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Copago de \$365 por cirugías en un hospital para pacientes ambulatorios y otros servicios cubiertos por Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}



Copago de \$365

*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.*

Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

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



Consulta al médico de atención primaria*:
copago de \$0

Consulta con un especialista*:
Copago de \$50

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

*Incluidas las consultas de telesalud

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



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

Servicios de urgencia



Copago 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".

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 diagnóstico/
Laboratorio/Escáner¹**



Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):
20% del costo

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:
20% del costo

Servicios de laboratorio:
copago de \$0

Radiografías para pacientes ambulatorios:
copago de \$15

Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:
20% del costo

Servicios de audición^{1,2}



Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:
20% del costo

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

Servicios dentales
(complementarios)



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

No debe pagar nada por los servicios preventivos ilimitados. Tampoco debe pagar nada por los servicios integrales complementarios, hasta un límite de beneficio total de \$500 por año. Debe acudir a un dentista que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite DeltaDentalWA.com. Los proveedores de Delta Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.

Servicios de la vista



Servicios de la vista:

20% del costo por exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.

Servicios de la vista (complementarios):
No cubiertos

Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Servicios de salud mental en un centro de cuidados intensivos^{1,2}



Consulta para pacientes internados:

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$350 por día para los días 1 a 5
- Copago de \$0 por día para los días 6 a 90
- Copago de \$0 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)

Consulta de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios (inclusive telesalud):

Copago de \$40

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.

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



El plan cubre hasta 100 días en un SNF.

- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
- Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

Fisioterapia^{1,2}



Copago de \$45 por cada consulta para pacientes externos cubierta por Medicare

Ambulancia¹



Copago de \$350 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o vuelta.

Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia¹: 20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B¹: 20% del costo

Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.

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 Sin deducible

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.

Cobertura inicial	Usted paga el costo compartido para los medicamentos recetados de la Parte D de los Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que sus costos anuales de medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos anuales totales de los medicamentos son el costo total de los medicamentos que pagan usted y la Parte D del plan.
Cobertura en situaciones catastróficas	Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo compartido minorista	Farmacia preferida		Farmacia estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$110	Copago de \$47	Copago de \$140
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo	50% del costo	50% del costo	50% del costo
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

Costo compartido de venta por correo preferido

Nivel	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$110
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo
Nivel 5: medicamentos especializados	Sin cobertura

Nota: En función de su nivel de subsidio de "Extra Help", podrán reducirse sus costos compartidos de farmacia

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.

Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y 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](https://www.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 duradero¹



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

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.

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 incluyen monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

Cuidado de los pies²

(servicios de podiatría)



Servicios de podiatría:

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- 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 para consultas 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.

Plan 2 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y 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:
20% del costo

Consulta de terapia individual:
20% del costo

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



Servicio cubierto por Medicare:

Dispositivos protésicos
20% del costo

Suministros médicos
20% del costo

Diálisis renal¹



20% del costo

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 por año.

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. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

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.

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 para el Plan 2 de Medicare Advantage de CHPW. Puede ver la Evidencia de cobertura del Plan 2 de Medicare Advantage 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.

Plan 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Áreas de prestación de servicios: Adams, Chelan, Clark, Cowlitz, Douglas, Grant, King, Kitsap, Lewis, Okanogan, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Walla Walla, Whatcom y Yakima.



Plan 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Prima mensual del plan



\$107 por mes

Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Deducible

Este plan no tiene deducible

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}



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios^{1,2}



Copago de \$325 por servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Copago de \$325 por cirugías y otros servicios en un hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}



Copago de \$325

*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.*

Plan 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

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



Consulta al médico de atención primaria*:
copago de \$0

Consulta a especialistas*:
copago de \$40

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

*Incluidas las consultas de telesalud

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



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

Servicios de urgencia



Copago de \$0 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".

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 diagnóstico/
Laboratorio/Escáner¹**



Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):
20% del costo

Servicios de laboratorio:
copago de \$0

Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:
20% del costo

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:
20% del costo

Radiografías para pacientes ambulatorios:
copago de \$15

Servicios de audición^{1,2}



Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:
copago de \$20

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

Servicios dentales
(complementarios)



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

No debe pagar nada por los servicios preventivos ilimitados. Tampoco debe pagar nada por los servicios integrales complementarios, hasta un límite de beneficio total de \$500 por año. Debe acudir a un dentista que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite DeltaDentalWA.com. Los proveedores de Delta Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.

Servicios de la vista



Servicios de la visión:

Copago de \$40 por 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)

- Copago de \$0 por un examen WellVision por año
- Hasta un límite de beneficios de \$150 cada dos años por artículos complementarios de la vista.

Fuera de la red VSP Choice:

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

Plan 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Servicios de salud mental en un centro de cuidados intensivos^{1,2}



Consulta para pacientes internados:

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$175 por día para los días 1 a 10
- Copago de \$0 por día para los días 11 a 90
- Copago de \$0 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)

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

Copago de \$30

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.

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



El plan cubre hasta 100 días en un SNF.

- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
- Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

Fisioterapia^{1,2}



Copago de \$30 por servicios para pacientes ambulatorios

Ambulancia¹



Copago de \$325 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o vuelta.

Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia¹:
20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B¹:
20% del costo

Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.

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 Sin deducible

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.

Cobertura inicial	Usted paga el costo compartido para los medicamentos recetados de la Parte D de los Niveles 1, 2, 3, 4 y 5 hasta que sus costos anuales de medicamentos alcancen los \$2,000. Los costos anuales totales de los medicamentos son el costo total de los medicamentos que pagan usted y la Parte D del plan.
Cobertura en situaciones catastróficas	Usted reúne los requisitos para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año calendario. Una vez que esté en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo compartido minorista	Farmacia preferida		Farmacia estándar	
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$10	Copago de \$20
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$37	Copago de \$110	Copago de \$47	Copago de \$140
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo	50% del costo	50% del costo	50% del costo
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados	33% del costo	Sin cobertura	33% del costo	Sin cobertura

Costo compartido de venta por correo preferido

Nivel	Suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$110
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	50% del costo
Nivel 5: medicamentos especializados	Sin cobertura

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.

Plan 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Salud y bienestar



Copago de \$0 por servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía y quiropráctica de rutina con un máximo de 12 sesiones o consultas de todos los tipos de servicios 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](https://www.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



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

Programa de ejercicios



Copago de \$0 por lo siguiente:

- Kit de ejercicios en el hogar (las opciones incluyen monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

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.

Cuidado de los pies²

(servicios de podiatría)



Servicios de podiatría:

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- 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):

Copago de \$0 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 para consultas 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. También disponible con un diagnóstico positivo de COVID-19. Programa de comidas con un límite de 6 veces por año calendario.

Plan 4 (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos^{1,2}



Consulta de terapia grupal:
20% del costo

Consulta de terapia individual:
20% del costo

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



servicio cubierto por Medicare:

Dispositivos protésicos
20% del costo

Suministros médicos
20% del costo

Diálisis renal¹



20% del costo

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 por año.

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. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

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.

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 para el Plan 4 de Medicare Advantage de CHPW. Puede ver la Evidencia de cobertura del Plan 4 de Medicare Advantage de CHPW en medicare.chpw.org/eoc2025 o llamar al 1-800-944-1247 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Plan Freedom (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Áreas de prestación de servicios: Clark, Cowlitz, King, Kit-
sap, Pierce, Snohomish, Spokane, Thurston.



Plan Freedom (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Prima mensual del plan

\$0 por mes



Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Deducible

Este plan no tiene deducible

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.

Atención para pacientes internados en un centro de cuidados intensivos^{1,2}



El plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

- Copago de \$500 por día para los días 1 a 4 por cada período de beneficios
- Copago de \$0 para los días 5 a 90 por cada período de beneficios

Cada período de beneficios nuevo comienza con un nuevo día 1

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios^{1,2}



Copago de \$250 por servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Copago de \$250 por cirugías en un hospital para pacientes ambulatorios y otros servicios cubiertos por Medicare.

Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}



Copago de \$250

*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.*

Plan Freedom (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

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



Consulta al médico de atención primaria*:
copago de \$0

Consulta a especialistas*:
copago de \$40

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

*Incluidas las consultas de telesalud

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



Copago de \$100

Si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas, paga el copago de hospital para pacientes internados en lugar del copago de atención de emergencia. Consulte la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de este cuadernillo para conocer otros costos.

Servicios de urgencia



Copago de \$0 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".

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 diagnóstico/ Laboratorio/Escáner¹



Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas):
20% del costo

Servicios de laboratorio:
copago de \$0

Procedimientos y pruebas de diagnóstico:
20% del costo

Radiografías para pacientes ambulatorios:
copago de \$15

Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación para el cáncer:
20% del costo

Servicios de audición^{1,2}



Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare:
copago de \$20

No se cubren los exámenes auditivos de rutina ni los audífonos.

Servicios dentales (complementarios)



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

No debe pagar nada por los servicios preventivos ilimitados. Tampoco debe pagar nada por los servicios integrales complementarios, hasta un límite de beneficio total de \$500 por año. Debe acudir a un dentista que sea parte de la red dental de Delta Dental of Washington. Para encontrar la lista más actualizada de dentistas de la red Delta Dental PPO Plus Premier, visite DeltaDentalWA.com. Los proveedores de Delta Dental Network deben presentar las reclamaciones por estos servicios dentales a Delta Dental of Washington. Usted será responsable de todos o la mayoría de los servicios proporcionados por dentistas fuera de la red.

Servicios de la vista



Servicios de la visión:

Copago de \$40 por 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)

- Copago de \$0 por un examen WellVision por año
- Hasta un límite de beneficios de \$150 cada dos años por artículos complementarios de la vista.

Fuera de la red VSP Choice:

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

Plan Freedom (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de primas y beneficios

Servicios de salud mental en un centro de cuidados intensivos^{1,2}



Consulta para pacientes internados:

Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida por servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. Solo si se cumplen determinadas condiciones, los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se tienen en cuenta para el límite de 190 días de por vida. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de atención de la salud mental para pacientes internados en un hospital general.

Para hospitalizaciones psiquiátricas cubiertas por Medicare:

- Copago de \$175 por día para los días 1 a 10
- Copago de \$0 por día para los días 11 a 90
- Copago de \$0 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida)

Consulta de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios (inclusive telesalud):

Copago de \$30

Si se brindan servicios adicionales, se pueden aplicar costos compartidos.

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



El plan cubre hasta 100 días en un SNF.

- Copago de \$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios
- Copago de \$200 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios

Fisioterapia^{1,2}



Copago de \$30 por servicios para pacientes ambulatorios

Ambulancia¹



Copago de \$300 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida o vuelta.

Medicamentos de la Parte B de Medicare



Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia¹: 20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B¹: 20% del costo

Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D, consulte la sección siguiente.

Medicamentos de la Parte D de Medicare

Este plan no cubre medicamentos recetados de la Parte D.

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.

Salud y bienestar



Copago de \$0 por servicios cubiertos que incluyen acupuntura, naturopatía y quiropráctica de rutina con un máximo de 12 sesiones o consultas de todos los tipos de servicios 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



20% del costo por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.

Programa de ejercicios



Copago de \$0 por lo siguiente:

- Kit de ejercicios en el hogar (las opciones incluyen monitor de actividad, videos y equipos de ejercicio)
- Membresía en un centro de ejercicio participante
- Herramientas de aplicaciones de actividad física en línea y para teléfonos inteligentes

Plan Freedom (HMO) de Medicare Advantage de CHPW

Resumen de otros beneficios

Cuidado de los pies²

(servicios de podiatría)



Servicios de podiatría:

Copago de \$0 por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- 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 para consultas 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. 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:

20% del costo

Consulta de terapia individual:

20% del costo

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.

Dispositivos protésicos¹

(aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)

**servicio cubierto por Medicare:****Dispositivos protésicos**

20% del costo

Suministros médicos

20% del costo

Diálisis renal¹

20% del costo

**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 por año.

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. Esto no se aplica a la responsabilidad máxima de costos de su bolsillo.

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 para el Plan Freedom de Medicare Advantage de CHPW. Puede ver la Evidencia de cobertura del Plan Freedom de Medicare Advantage 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.

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 답해 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). Yon 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に、無料の通訳サービスがありますごさい。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