

# **Inter Valley Health Plan** **Service To Seniors (HMO)** **y Total Fit (HMO)**

## **LO MÁS DESTACADO DE LOS BENEFICIOS DE 2010**

**En vigencia el 1° de enero de 2010**



**Inter Valley Health Plan**

Para la salud, no para ganar.

[www.ivhp.com](http://www.ivhp.com)

## Beneficios de 2010 del plan Service To Seniors (HMO) y el plan Total Fit (HMO) de Inter Valley Health Plan

BENEFICIO	USTED PAGA:
Prima mensual del plan	\$0
Visita al consultorio del médico	\$0
Atención de urgencia dentro del área	\$0
Visita al consultorio del especialista	\$10 por visita*
Cirugía de paciente externo/Centro de cirugía ambulatoria	\$50 por visita*
Servicios de ambulancia de emergencia	\$50 por viaje
Atención de emergencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficio máximo del plan a nivel mundial</li> </ul>	\$50 por visita \$20,000 por año**
Atención de urgencia fuera del área	\$30 por visita
Exámenes de la vista de rutina y lentes (autorreferencia) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista anual</li> <li>• Lentes (límite de \$125 cada dos años)</li> </ul>	\$0 \$0
Servicios de laboratorio, mamografías y medición de la densidad ósea	\$0*
Equipo Médico Durable y Prótesis – El Equipo Médico Durable incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc. Las prótesis incluyen dispositivos ortopédicos, miembros artificiales, ojos, etc.	20% de coseguros*
Suministros para diabetes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidores de glucosa, tiras reactivas, lancetas</li> </ul>	\$0 de copago*
<b>BENEFICIOS CON DESEMBOLSO ANUAL MÁXIMO – Hay un límite de cuánto tien que pagar cada año por ciertos servicios médicos cubiertos</b>	
Atención hospitalaria de paciente internado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 - 6/Después del día 6</li> <li>• Después del día 6</li> <li>• Copagos máximos de desembolso</li> </ul> No hay límite en el número de días que el plan cubre en cada periodo de beneficios	\$75 por día \$0 cada día después del día 6 \$450 por estancia/\$1,000 por año
Radioterapia de paciente externo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por visita</li> <li>• Desembolso anual máximo</li> </ul>	\$15 por visita* \$1,000 por año
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (incluidos los medicamentos para quimioterapia cubiertos de la Parte B) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro</li> <li>• Desembolso anual máximo</li> </ul>	10% de coseguro \$1,500 por año

\*Pueden aplicarse reglas de autorización.

\*\*Límite de \$20,000 cada año para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.

Para obtener información completa sobre los beneficios de Atención de Emergencia en Todo el Mundo y Lentes de Rutina de Inter Valley Health Plan, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 800-251-8191 ó al 800-505-7150 para usuarios de TTY/TDD. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 7:30 am a 8:00 pm.

## Beneficios adicionales para miembros de Service To Seniors (HMO) de Inter Valley Health Plan

### MEDICAMENTOS CON RECETA DE PACIENTE EXTERNO – PARTE D

Límite de cobertura inicial	\$3400	
Farmacia minorista, 31 días	LÍMITE DE COBERTURA INICIAL	INTERRUPCIÓN EN LA COBERTURA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos preferidos (Cubiertos en la interrupción de la cobertura)</li> <li>• Genéricos no preferidos</li> <li>• De marca preferidos</li> <li>• De marca no preferidos</li> <li>• Inyectables</li> <li>• Medicamentos de especialidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$2 de copago</li> <li>\$12 de copago</li> <li>\$29 de copago</li> <li>\$60 de copago</li> <li>10% de coseguro</li> <li>25% de coseguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$2 de copago</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> </ul>

*\*suministro disponible de medicamentos de mantenimiento para 90 días.*

*Después de que los costos de sus desembolsos anuales alcanzan \$4,550, usted paga un copago de \$2.50 por cada medicamento genérico (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 para todos los otros medicamentos, o 5% de coseguro, lo que sea mayor.*

*Si el costo de un medicamento es menor que el costo compartido para ese medicamento, usted pagará lo que el medicamento realmente cuesta y no el costo compartido mayor.*

### SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS DE RUTINA

Atención quiropráctica de rutina (autorreferencia)	\$25 por visita/12 visitas por año
--	------------------------------------

### SERVICIOS DENTALES

**Beneficio suplementario opcional – Usted debe completar un formulario de inscripción para recibir beneficios dentales de rutina.**

Prima mensual	\$6.25
Limpiezas (una vez cada 6 meses)	\$10
Exámenes bucales (una vez cada 6 meses)	\$4 a \$10
Tratamiento con flúor (una vez cada 6 meses)	\$10 a \$20
Radiografías dentales (una vez cada 3 meses)	\$0 a \$10

*Los servicios dentales deben ser proporcionados por un dentista participante de Dental Health Services. Hay servicios dentales adicionales disponibles, incluidos procedimientos de diagnóstico, preventivos y de restauración. Los copagos varían en base al procedimiento realizado.*

## Beneficios adicionales para miembros de Total Fit (HMO) de Inter Valley Health Plan

### MEDICAMENTOS CON RECETA DE PACIENTE EXTERNO – PARTE D

Límite de cobertura inicial	\$2830	
Farmacia minorista, 31 días	LÍMITE DE COBERTURA INICIAL	INTERRUPCIÓN EN LA COBERTURA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos preferidos</li> <li>• Genéricos no preferidos</li> <li>• De marca preferidos</li> <li>• De marca no preferidos</li> <li>• Inyectables</li> <li>• Medicamentos de especialidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\$10 de copago</li> <li>\$14 de copago</li> <li>\$39.50 de copago</li> <li>\$49 de copago</li> <li>10% de coseguro</li> <li>33% de coseguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> <li>Usted paga el 100%</li> </ul>

*\*suministro disponible de medicamentos de mantenimiento para 90 días.*

*Después de que los costos de sus desembolsos anuales alcanzan \$4,550, usted paga un copago de \$2.50 por cada medicamento genérico (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.30 para todos los otros medicamentos, o 5% de coseguro, lo que sea mayor.*

*Si el costo de un medicamento es menor que el costo compartido para ese medicamento, usted pagará lo que el medicamento realmente cuesta y no el costo compartido mayor.*

### SERVICIOS QUIROPRÁCTICOS DE RUTINA, ACUPUNTURA Y AFILIACIÓN A GIMNASIO

Atención quiropráctica de rutina (autorreferencia)	\$20 por visita/12 visitas por año
Acupuntura (autorreferencia)	\$20 por visita/12 visitas por año
Afiliaciones a gimnasios o clases de gimnasia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Silver &amp; Fit (incluye afiliación a un gimnasio participante local)</li> </ul>	\$0

### SERVICIOS DENTALES

Prima mensual	\$0
Limpiezas (una vez cada 6 meses)	\$10
Exámenes bucales (una vez cada 6 meses)	\$4 a \$10
Tratamiento con flúor (una vez cada 6 meses)	\$10 a \$20
Radiografías dentales (una vez cada 3 meses)	\$0 a \$10

*Los servicios dentales deben ser proporcionados por un dentista participante de Dental Health Services. Hay servicios dentales adicionales disponibles, incluidos procedimientos de diagnóstico, preventivos y de restauración. Los copagos varían en base al procedimiento realizado.*

# AGRADECEMOS SU INTERÉS EN INTER VALLEY HEALTH PLAN.

Inter Valley Health Plan es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Medicare Advantage. La información de los beneficios que se destaca aquí no lista todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, por favor llame a Inter Valley Health Plan y pida la "Evidencia de Cobertura".

Si tiene necesidades especiales puede obtener este documento en otros formatos.

## ¿QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA INSCRIBIRSE EN INTER VALLEY HEALTH PLAN? ¿CÓMO ME PUEDO INSCRIBIR?

Usted puede inscribirse en Inter Valley Health Plan si tiene derecho a la Parte A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Cualquier persona que tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrita en la Parte B puede solicitar el plan, incluidas aquellas menores de 65 años que tienen derecho a Medicare sobre la base de los beneficios de discapacidad del Seguro Social. Si usted no tiene la Parte A de Medicare puede comprarla al Seguro Social. Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Usted sólo puede afiliarse o dejar un plan en ciertos momentos:

- Desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre cualquiera que tenga Medicare puede cambiar la manera en que obtiene Medicare para el siguiente año, incluso la fecha en que puede inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Desde el 1° de enero hasta el 31 de marzo, cualquiera que tenga Medicare tiene una oportunidad de cambiar la manera en que obtiene Medicare.
- Hay situaciones especiales en las que es posible que hacer cambios durante el resto

del año, tal como aquellos que tienen Medicaid, los que obtienen asistencia adicional para pagar medicamentos o los que se han mudado fuera del área geográfica de servicio.

Para obtener más información, llame a Inter Valley Health Plan al 800-500-7018 (usuarios de TTY/TDD al 800-505-7150) o al 800-MEDICARE (800-633-4227) (usuarios de TTY/TDD al 877-486-2048).

Usted sólo se puede inscribir en un Plan Medicare Advantage a la vez y la inscripción en Inter Valley Health Plan automáticamente terminará la inscripción en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados.

Para inscribirse en Inter Valley Health Plan es necesario solicitar la inscripción. Puede solicitar la inscripción de distintas maneras: Asistiendo a una reunión de ventas, presentando una solicitud por correo o fax, solicitando la inscripción en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o por teléfono.

Los beneficiarios de Medicare se pueden inscribir en Inter Valley Health Plan a través del centro de Inscripción en Línea de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Para obtener más información, comuníquese con Inter Valley Health Plan al 800-500-7018 (usuarios de TTY/TDD: 800-505-7150). Estamos abiertos de 7:30 am a 8:00 pm., los 7 días de la semana.

Si cuando se inscribe en Inter Valley Health Plan determinamos que debe una multa por inscribirse tarde, puede elegir pagar la prima por deducción automática de su cheque del Seguro Social o puede recibir una factura directamente de Inter Valley Health Plan. Cualquier cambio que haga a la manera en que pague esta multa podría tardar hasta tres meses en entrar en efecto. Usted igual será responsable de todas las primas que debe pagar.

*continúa en la tapa de atrás*

## ¿PUEDO ELEGIR A MIS MÉDICOS?

Inter Valley Health Plan ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted debe usar los proveedores del plan excepto en situaciones de emergencia, de urgencia o para diálisis fuera del área. Si obtiene atención de rutina de proveedores que no pertenecen al plan, ni Medicare ni Inter Valley Health Plan serán responsables de los costos.

## ¿DÓNDE PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS RECETADOS SI ME INSCRIBO EN ESTE PLAN?

Inter Valley Health Plan ha formado una red de farmacias. Usted debe usar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Nuestra red incluye farmacias minoristas, pedidos por correo, atención a largo plazo, infusión en el hogar y farmacias del Servicio de Salud Indígena/ Programa de Salud Indígena Urbano (I/T/U). Para obtener más información sobre nuestra red, incluido el servicio de pedidos por correo, llame a Inter Valley Health Plan al 800-500-7018 (usuarios de TTY/TDD: 800-505-7150). Puede enviarnos sus preguntas por correo a: Inter Valley Health Plan, Sales Department, PO Box 6002, Pomona, CA 91769-6002.

## ¿CÓMO PUEDO OBTENER ASISTENCIA ADICIONAL CON LOS COSTOS DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS?

Es posible que pueda obtener asistencia adicional para pagar las primas y los costos

de los medicamentos recetados. Para ver si califica para asistencia adicional, llame a:

- 800-MEDICARE (800-633-4227). Para los usuarios de TTY/TDD el número a llamar es 877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7 am y las 7 pm. Para los usuarios de TTY/TDD el número a llamar es 800-325-0778; o
- Your State Medical Assistance (Medicaid) Office.

Las personas que tienen ingresos limitados podrían calificar para recibir asistencia adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Además, aquellos que califiquen no serán sujetos a la interrupción de la cobertura o la multa por inscribirse tarde. Muchas personas son elegibles para obtener estos ahorros y todavía no lo saben. Para obtener más información sobre esta asistencia adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su área o llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para los usuarios TTY/TDD el número de teléfono a llamar es 1-877-486-2048.



# Inter Valley Health Plan

Para la salud, no para ganar.

[www.ivhp.com](http://www.ivhp.com)

800-500-7018 • TTY/TDD 800-505-7150  
de 7:30 am a 8 pm, los siete días de la semana  
300 S. Park Avenue, PO Box 6002, Pomona, CA 91769-6002