



# Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro.

## Resumen de beneficios de 2021

### Service To Seniors (HMO) H0545, Plan 001

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud cubiertos por **Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)** del 1° de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

**Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)** es un plan HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame a nuestro Departamento de Ventas al 800-500-7018 o TTY 711 para obtener más información.

Para inscribirse en **Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)** usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye porciones de los siguientes condados en California: Los Ángeles, Orange, Riverside y San Bernardino.

**Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)** tiene una red de doctores, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el Plan no pague por estos servicios.



Primas & Beneficios	Service To Seniors (HMO)
Prima mensual del plan	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible	<p>Usted paga \$0</p> <p>Este plan no tiene deducible.</p>
Responsabilidad por cuenta propia máxima (No incluye medicamentos recetados)	<p>\$1,000 anualmente</p> <p>La cantidad máxima que usted paga por copago y coseguro por servicios médicos cubiertos por Medicare al año.</p> <p>Los montos que usted paga por algunos servicios no se incluyen en la cantidad máxima por cuenta propia. Estos servicios incluyen los pagos de membresía para el gimnasio/ club deportivo/centro de ejercicios, aparatos auditivos, servicios dentales de rutina / servicios dentales no cubiertos por Medicare y servicios de visión de rutina / servicios de visión no cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de hospital para paciente hospitalizado*	<p>Usted paga \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para estancias en el hospital.</p>
Servicios de hospital para paciente ambulatorio*	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Usted paga \$0 por hospital ambulatorio</li> <li>■ Usted paga \$0 por centro quirúrgico ambulatorio</li> </ul>
Consultas médicas	<p>Usted paga \$0 por visitas de atención primaria</p> <p>Usted paga \$0 por visitas a especialistas*</p>
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacuna antigripal, visita de salud anual, pruebas de detección de diabetes, pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías) y pruebas de detección de cáncer colorrectal).	<p>Usted paga \$0</p> <p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año de contrato estarán cubiertos.</p>

\*Se requiere autorización previa.

## Primas & Beneficios

## Service To Seniors (HMO)

Atención de emergencia	<p>Usted paga \$90 de copago por visita dentro de EE. UU. y sus territorios</p> <p>Usted paga \$120 de copago en el extranjero</p> <p>Usted no paga el copago de la Sala de Emergencias si es hospitalizado dentro de las 24 horas posteriores a su visita a la Sala de Emergencias debido a la misma afección (dentro de EE. UU. y sus territorios).</p> <p>Está cubierto para servicios de emergencia en el extranjero.</p>
Servicios de urgencia	Usted paga \$0
Servicios de diagnóstico/ laboratorio/imágenes* <ul style="list-style-type: none"><li>■ Servicios de laboratorio</li><li>■ Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li><li>■ Radiografías para pacientes ambulatorios</li><li>■ Radiología terapéutica</li><li>■ Servicios de radiología de diagnóstico (por ejemplo, IRM)</li></ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$15 por visita</p> <p>Usted paga \$60 de copago</p>
Servicios de audición <ul style="list-style-type: none"><li>■ Examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare</li><li>■ Aparatos auditivos (de rutina) no cubiertos por Medicare</li></ul>	<p>Usted paga \$0 por hasta 1 visita al año</p> <p>Usted paga \$699 de copago por audífono para Tru Hearing Advanced o \$999 de copago por audífono para Tru Hearing Premium.</p> <p>Usted está cubierto por hasta dos audífonos al año. Usted debe ir a un proveedor contratado por Tru Hearing para recibir el examen de audición de rutina y los audífonos.</p>
Servicios dentales No están cubiertos por Medicare (de rutina) <ul style="list-style-type: none"><li>■ Examen bucal</li><li>■ Limpieza</li><li>■ Radiografías dentales</li></ul>	<p>Usted paga \$4 de copago</p> <p>Usted paga \$10 de copago</p> <p>Usted paga de \$0 a \$10</p> <p>Hay otros servicios dentales disponibles, incluidos los procedimientos de diagnóstico, preventivos y de restauración. Los copagos para los servicios dentales varían de acuerdo con el procedimiento realizado por un dentista general. Servicios dentales proporcionados a través de Dental Health Services (DHS).</p>

\*Se requiere autorización previa.

Primas & Beneficios	Service To Seniors (HMO)
<p>Servicios de visión Examen ocular</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ No están cubiertos por Medicare (de rutina)</li> <li>■ Anteojos (monturas y lentes) (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Usted paga \$0</p> <p>Límite de un examen cada año de un proveedor de Vision Service Plan (VSP).</p> <p>Cubrimos hasta \$175 cada dos años para anteojos (monturas y lentes).</p>
<p>Servicios de salud mental*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Visitas ambulatorias para terapia de grupo/individual</li> <li>■ Visita de hospitalización</li> </ul>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Copago de \$75 por los días 1 – 6</p> <p>Usted paga \$0 for days 7 – 90</p> <p>Nuestro plan cubre hasta un límite de 190 de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>
<p>Centro de enfermería especializada*</p>	<p>Usted paga \$0 por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$50 por día por los días 21-100</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. No se requiere hospitalización previa.</p>
<p>Fisioterapia*</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Usted paga \$0 por visitas para fisioterapia</li> <li>■ Usted paga \$0 por visita de rehabilitación ambulatoria (por ejemplo, terapia ocupacional y terapia del habla).</li> </ul>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga \$195 de copago por un viaje de una dirección</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 30 viajes de una dirección al año</p> <p>Usted debe usar proveedores contratados de Inter Valley Health Plan para obtener los servicios de transporte de rutina.</p>
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</p>	<p>Usted paga 15 % del costo por quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p>

\*Se requiere autorización previa.

## MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Cobertura inicial	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días de pedidos por correo postal (Suministro para 90 días disponible algunos medicaen algunos medicamentos)
■ Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Usted paga \$0	Usted paga \$0
■ Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga \$5	Usted paga \$10
■ Nivel 3: Medicamentos de marca preferidas	Usted paga \$47	Usted paga \$117.50
■ Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidas	Usted paga 25%	Usted paga 25%
■ Nivel 5: Medicamentos especializadas	Usted paga 33%	No está cubierto
■ Nivel 6: Seleccione medicamentos para la diabetes	Usted paga \$11	Usted paga \$22

Cobertura para algunas insulinas

**Nuevo**

Usted paga \$20 por receta médica para un suministro de 30 días de algunas insulinas en el Nivel 3: Medicamentos de marcas preferidas surtidos en una farmacia de la red participante.

Usted paga \$35 por receta médica para un suministro de 30 días de algunas insulinas en el Nivel 4: Medicamentos no preferidos surtidos en una farmacia de la red participante.

Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) ofrece una cobertura adicional para el periodo sin cobertura para ciertas insulinas

Periodo sin cobertura (El periodo sin cobertura se aplica solo a los Niveles 1, 2 y 6)

Una vez que usted e Inter Valley Health Plan hayan pagado \$4,130 en medicamentos:

- Usted paga un copago igual al del Nivel de Cobertura inicial para el Nivel 1 y el Nivel 2 o paga 25 % del costo de los medicamentos genéricos, el que sea más bajo.
- Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga un copago igual al del Nivel de Cobertura inicial o paga 25 % del precio negociado (y una porción de la tarifa por despacho) para los medicamentos de marca, lo que sea más bajo.
- Para los medicamentos de otro niveles, usted paga 25 % del precio negociado (y una porción de la tarifa por despacho) para los medicamentos de marca y 25 % del costo de los medicamentos genéricos.
- Permanecerá en esta etapa hasta que haya gastado \$6,550 en total (incluidos los copagos que pagó en la Etapa 1 y los descuentos en medicamentos de marca que recibió en la Etapa 2).

Cobertura para situaciones catastróficas

Después de que sus costos anuales por cuenta propia en medicamentos alcancen los \$6,550, usted pagará el mayor de los siguientes valores:

- 5 % del costo, o
- un copago de \$3.70 para medicamentos genéricos y \$9.20 para otros medicamentos.

Usted puede obtener sus medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más de lo que paga en una farmacia dentro de la red.

El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija (por ejemplo: minorista, pedido por correo postal, cuidado a largo plazo, etc.) ya sea que reciba un suministro de 30 o 90 días y cuando entre en otra fase del beneficio de la Parte D.

Para obtener más información, por favor llame al Departamento de Ventas al teléfono que aparece en este documento o consulte nuestra Evidencia de Cobertura en línea.

Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de los beneficios de la Parte D.

Primas & Beneficios	Service To Seniors (HMO)
<p>Equipo / suministros médicos*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Equipo médico duradero (DME) (por ejemplo, sillas de rueda, oxígeno)</li> <li>■ Prótesis (por ejemplo, dispositivos ortopédicos, prótesis ortopédicas)</li> <li>■ Suministros para la diabetes</li> </ul>	<p>Usted paga 10% del costo</p> <p>Usted paga 10% del costo</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p style="text-align: right;"><b>Nuevo</b></p>	<p>15 visitas por año..... \$5 de copago por visita</p> <p>Usted puede autoderivarse a un proveedor contratado por la American Specialty Health (ASH) para tener una consulta quiropráctica inicial. Cualquier visita posterior requerirá la autorización previa a través de ASH.</p>
<p>Artículos de venta sin receta</p>	<p>Cobertura de hasta \$50 cada trimestre (cada 3 meses) hacia los artículos de venta sin receta</p> <p>Comuníquese con el plan para ver una lista de artículos disponibles e instrucciones detalladas para hacer el pedido de los artículos.</p>
<p>Programas de bienestar (por ejemplo, ejercicios físicos)</p>	<p>Se le podrían reembolsar hasta \$25 mensuales para la cuota mensual de membresía en un gimnasio/club deportivo/centro de ejercicios.</p>
<p>Línea directa de enfermeras</p>	<p>Usted paga \$0 para hablar con una enfermera titulada las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 888-463-9220.</p>
<p>Sistema de Respuesta de Emergencia Personal*</p> <p style="text-align: right;"><b>Nuevo</b></p>	<p>Usted paga \$0</p>

### AYUDA CON LAS AFECCIONES CRÓNICAS

<p>Después de una hospitalización debido al siguiente diagnóstico:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC)</li> <li>■ Insuficiencia cardíaca crónica</li> <li>■ Derrame cerebral con parálisis</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Servicios de apoyo en el hogar - hasta 20 horas</li> <li>■ Comidas a domicilio — hasta 10 comidas</li> </ul> <p>Se aplican criterios y limitaciones.</p>
---	--

\*Se requiere autorización previa.

## Primas & Beneficios

## Service To Seniors (HMO)

### SERVICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES

Servicios Dentales Mejorados

- Prima Mensual

Usted paga \$12 al mes.

Los beneficios incluyen servicios dentales preventivos, diagnóstico y restauradores. Los copagos para los servicios dentales varían en base al procedimiento realizado.

Servicios dentales mejorados proporcionados a través de Dental Health Services (DHS).

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, busque la información en su guía actual de **Medicare y usted**. Puede encontrarla en línea en <http://www.medicare.gov>, o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Este documento está disponible en otros formatos, como en letra grande.

## LISTA DE VERIFICACION PARA ANTES DE INSCRIBIRSE

Antes de tomar una decisión para inscribirse, es importante que usted comprenda totalmente sus beneficios y las reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de ventas al 800-500-7018.

### COMPRENDA LOS BENEFICIOS

- Revise la lista completa de beneficios que aparece en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios que usa habitualmente para ver a un médico. Visite [www.ivhp.com](http://www.ivhp.com) o llame al 800-500-7018 para ver una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora pertenecen a la red. Si no aparecen en la lista, eso significa que muy probablemente tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio farmacéutico para asegurarse que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento recetado está en la red. Si no aparece en la lista, eso significa que probablemente tendrá que seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos recetados.

### COMPRENDA LAS REGLAS IMPORTANTES

- Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se toma de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1° de enero de 2022.
- Excepto en emergencias o situaciones urgentes, no cubriremos los servicios brindados por proveedores que están fuera de la red (médicos que no aparecen en el directorio provisto).



# Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro.

Para obtener más información, llame al número a continuación o visítenos en [ivhp.com](http://ivhp.com).

**Los posibles miembros** llaman en forma gratuita al: 1-800-500-7018, los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

**Los miembros actuales** llaman en forma gratuita al: 1-800-251-8191, los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Comuníquese con nuestro Equipo de Atención a Miembros o con el Equipo de Atención Farmacéutica del 1° de octubre al 31 de marzo: 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Nuestras oficinas están cerradas el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.

Contáctenos del 1° de abril al 30 de septiembre: 8 am a 8 pm, de lunes a viernes. Nuestras oficinas están cerradas los días festivos federales.

**NOTA:** Cuando nuestras oficinas están cerradas, usted tiene la opción de dejarnos un mensaje. Si nos deja un mensaje, le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día laborable.

Y Puede ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestra página web [ivhp.com](http://ivhp.com).

Puede consultar el formulario del Plan completo (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y las restricciones en nuestra página web [ivhp.com](http://ivhp.com)

800-500-7018 o TTY 711  
8 am a 8 pm, 7 días de la semana.  
300 S. Park Avenue  
PO Box 6002, Pomona, CA 91769-6002  
[ivhp.com](http://ivhp.com)  
[@intervalley](https://twitter.com/intervalley)

