



AN AFFILIATE OF VALLEY BAPTIST HEALTH SYSTEM



# Valley Advantage Resumen de beneficios



**Muchas gracias** por su interés en Valley Advantage. **Valley Baptist Insurance Company**, una organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que administra el plan Medicare Advantage, ofrece este plan. Este Resumen de Beneficios describe algunas características de nuestro plan, pero no lista todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Si desea una lista completa de nuestros beneficios, llame a Valley Advantage y pida la “Confirmación de Cobertura”.

# Usted tiene OPCIONES en su atención médica

Como beneficiario de Medicare, usted puede seleccionar entre varias opciones. Una opción es el Plan Medicare Original (cuota por servicio). Otra opción es un plan Medicare como Valley Advantage. Es posible que tenga otras opciones. Usted escoge, y no importa lo que decida, seguirá participando en el Programa Medicare.

Puede inscribirse en un plan o cancelar su afiliación sólo en ciertos periodos de tiempo. Llame a Valley Advantage al número de teléfono que se lista al final de esta introducción, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar más información. Los usuarios de equipo TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, siete días a la semana.

## ¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Use este Resumen de Beneficios para comparar los planes Valley Advantage y Medicare Original. Las tablas de este folleto listan algunos beneficios de salud importantes. Puede ver lo que nuestro plan cubre y lo que el plan Medicare Original cubre de cada beneficio.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Medicare Original. Nuestro plan ofrece además otros beneficios, que pueden cambiar cada año.

## ¿Cuál es el área de servicio de Valley Advantage?

El área de servicio de este plan incluye los condados de Cameron, Hidalgo y Willacy, TX. Debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.

## ¿Quién puede inscribirse en Valley Advantage?

Usted puede inscribirse en Valley Advantage si tiene derecho a recibir los beneficios de la Parte

A de Medicare, está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas que padecen la enfermedad renal en etapa terminal generalmente no pueden inscribirse en Valley Advantage, a menos de que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde el inicio de su diálisis.

## ¿Puedo escoger a mis médicos?

Valley Advantage tiene una red de médicos, especialistas y hospitales. Sólo puede recibir servicios de los médicos que pertenecen a nuestra red. Los proveedores médicos de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Solicite la última edición de nuestro Directorio de Proveedores o visítenos en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com) para ver una lista actualizada. El número telefónico de nuestro Departamento de Servicios al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

## ¿Qué sucede si visito a un médico que no pertenece a su red?

Si decide visitar a un médico que no pertenece a nuestra red, usted debe pagar los servicios que reciba. Valley Baptist Health Plans y el plan Original Medicare no pagarán estos servicios.

## ¿Cubre mi plan los medicamentos de la Parte B o de la Parte D de Medicare?

Valley Advantage cubre los medicamentos de venta con receta de la Parte B y de la Parte D de Medicare.

## ¿Dónde puedo surtir mis recetas si me inscribo en este plan?

Valley Advantage tiene una red de farmacias. Debe surtir sus recetas en una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Si surte sus recetas en una farmacia fuera de la red, no las pagaremos, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Solicite nuestra lista actualizada de la red de farmacias o visítenos en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com). El número telefónico de nuestro Departamento de Servicios al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

### **¿Qué es el formulario de medicamentos de venta con receta?**

Valley Advantage utiliza un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por el plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente podemos añadir, quitar o cambiar las limitaciones de la cobertura de ciertos medicamentos o cambiar la cantidad que usted debe pagar por un medicamento. Si hacemos cualquier cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros miembros para surtir sus recetas, notificaremos a los suscriptores afectados antes de implementar tal cambio. Le enviaremos un formulario, o puede verlo en nuestro sitio Web en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com).

Si actualmente está tomando un medicamento que no está incluido en nuestro formulario o que está sujeto a requisitos o límites adicionales, puede obtener un suministro temporal de tal medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción, o con la ayuda de su médico puede cambiar a uno de los medicamentos alternativos incluidos en nuestro formulario. Llámenos para saber si puede surtir temporalmente su medicamento o para solicitar más detalles sobre nuestra norma de sustitución de medicamentos.

### **¿Cómo puedo obtener más ayuda con los costos del plan de medicamentos de venta con receta?**

Si reúne los requisitos para obtener ayuda adicional con los costos del plan de medicamentos de venta con receta de Medicare, su prima y los costos de farmacia serán menores. Cuando usted se inscribe

en Valley Advantage, Medicare nos notificará cuánta ayuda adicional está obteniendo. Entonces le haremos saber la cantidad que pagará. Si no está recibiendo esta ayuda adicional, puede saber si tiene derecho a obtenerla llamando al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de equipo TTY pueden llamar al teléfono 1-877-486-2048 las 24 horas del día, siete días a la semana.

### **¿Qué protecciones me brinda este plan?**

Todos los planes Medicare Advantage establecen un contrato para participar en el programa durante un año completo a la vez. Cada año, los planes deciden si desean continuar otro durante año. Aunque un plan Medicare Advantage cancele su participación en el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare.

Si el plan decide no participar, debe enviarle una carta al menos 90 días antes de que termine su cobertura. En la carta se le explicarán sus opciones respecto a la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de un plan Valley Advantage, usted tiene derecho de solicitar una determinación de la cobertura, lo que incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de presentar una apelación si denegamos la cobertura de un medicamento de venta con receta y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene derecho de solicitar una determinación de la cobertura si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que usted piensa que debe estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de la cobertura. Puede solicitarnos una excepción si piensa que necesita un medicamento que no está incluido en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debe comprar un medicamento no preferido a un menor gasto de su propio bolsillo. También puede solicitar una excepción a las reglas de utilización, como por ejemplo un límite en la cantidad de un medicamento. Si piensa que necesita

una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de surtir su receta en una farmacia. Su médico debe proporcionar una nota en la que apoye su solicitud de excepción. Si denegamos la cobertura de su medicamento de venta con receta, usted tiene derecho a apelar y solicitarnos una revisión de nuestra decisión. Finalmente, usted tiene derecho de presentar una queja formal si tiene algún problema con nosotros o con una de las farmacias de nuestra red que no involucre la cobertura de un medicamento de venta con receta.

### **¿Qué es el Programa de Administración de Farmacoterapia (Medication Therapy Management Program, MTM)?**

El Programa de Administración de Farmacoterapia es un servicio gratuito que podemos ofrecer. Se le

puede invitar a que participe en un programa diseñado para satisfacer sus necesidades específicas médicas y de medicamentos. Puede decidir no participar, pero le recomendamos que aproveche al máximo este servicio cubierto si es que se le invita. Comuníquese con los planes Valley Advantage para solicitar más detalles.

Llame a Valley Baptist Health Plans para solicitar más información sobre este plan. Visítenos en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com) o llámenos al teléfono: 1-800-829-6440. Horario del Departamento de Servicios al Cliente: lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., zona horaria central.

**Los miembros actuales y potenciales deben llamar al (800)-829-6440** si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage. (TTY/TDD (800)-562-5259).



**Los miembros actuales y potenciales deben llamar al teléfono (800)-829-6440** si tienen preguntas relacionadas con el programa de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800)-562-5259).



Si desea más información sobre Medicare, por favor llame a Medicare al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de equipo TTY deben llamar al teléfono 1-877-486-2048.

Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.



O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en la Web. Si tiene necesidades especiales, este documento puede estar disponible en otros formatos.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
<b>Información importante</b>	
1 - Primas y otra información importante	<p>\$96.40 mensuales por la prima de la Parte B de Medicare</p> <p>\$135 anuales por el deducible de la Parte B</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta la asignación, generalmente sus costos son mayores, lo que significa que usted tendrá que pagar más. Usted puede acudir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>
2 - Selección de médico y de hospital	

(Si desea más información, consulte la sección 15, Emergencia y la sección 16, Atención urgentemente necesaria.)

## Valley Advantage Gold

### Información importante

Usted paga \$105.60 mensuales por los beneficios de su plan, inclusive los beneficios de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare. También continúa pagando la prima de \$96.40 mensuales de la Parte B de Medicare.

#### **Dentro de la red**

Límite de \$3250 de gastos de su propio bolsillo.  
Comuníquese con el plan y pregunte cuáles son los servicios que aplican.

#### **Fuera de la red**

A menos que se indique de otra manera, los servicios fuera de la red no están cubiertos.

#### **Dentro de la red**

Debe visitar médicos, especialistas y hospitales de la red.

Se requiere una referencia para los hospitales y especialistas de la red (para recibir ciertos beneficios).

Es posible que tenga que pagar un copago separado por ciertas visitas al consultorio.

## Valley Advantage Silver

Usted paga \$51.80 mensuales por los beneficios de su plan, inclusive los beneficios de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare. También continúa pagando la prima de \$96.40 mensuales de la Parte B de Medicare.

#### **Dentro de la red**

Límite de \$3250 de gastos de su propio bolsillo.  
Comuníquese con el plan y pregunte cuáles son los servicios que aplican.

#### **Fuera de la red**

A menos que se indique de otra manera, los servicios fuera de la red no están cubiertos.

#### **Dentro de la red**

Debe visitar médicos, especialistas y hospitales de la red.

Se requiere una referencia para los hospitales y especialistas de la red (para recibir ciertos beneficios).

Es posible que tenga que pagar un copago separado por ciertas visitas al consultorio.

## Valley Advantage Select

Ya que usted tiene derecho a recibir beneficios de Medicaid, el estado debe pagar la parte de los costos de Medicare que de otra manera le corresponderían a usted. Estas cantidades pueden variar según la clase de beneficios de Medicaid que usted tenga. Abajo se lista la parte de los costos que le corresponde a usted. Además, tendrá que pagar los copagos que se indican abajo para la cobertura de medicamentos de la Parte D. Comuníquese con su plan para solicitar información adicional.

Usted paga de \$0 a \$25.00 mensuales por los beneficios de su plan, inclusive los beneficios de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare. También continúa pagando la prima de \$96.40 mensuales de la Parte B de Medicare.

#### **General**

\*Toda participación de costos de este resumen se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

#### **Fuera de la red**

A menos que se indique de otra manera, los servicios fuera de la red no están cubiertos.

#### **Dentro de la red**

Debe visitar médicos, especialistas y hospitales de la red.

Se requiere una referencia para los hospitales y especialistas de la red (para recibir ciertos beneficios).

Es posible que tenga que pagar un copago separado por ciertas visitas al consultorio.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

**Categoría del beneficio**

**Medicare Original**

**RESUMEN DE BENEFICIOS**

**Atención de pacientes internos**

3 - Atención de pacientes internos  
(incluye servicios por abuso de sustancias y servicios de rehabilitación)

Por cada periodo de beneficios:  
Días del 1 al 60: deducible inicial de \$1024  
Días del 61 al 90: \$256 cada día  
Días del 91 al 150: \$512 cada día de reserva de por vida (4)

Llame al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir información sobre los días de reserva de por vida (4).

Un “periodo de beneficios” comienza el día que se le admite en un hospital o instalación de enfermería especializada. Termina cuando hayan pasado 60 días consecutivos sin que usted reciba atención en un hospital o en una instalación de enfermería especializada. Si se le admite en el hospital después de que ha terminado un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible de hospital como paciente interno de cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener.

4 - Atención de salud mental como paciente interno

Los mismos deducibles y copagos que los de la atención de pacientes internos (consulte la sección “Atención de pacientes internos” que aparece arriba).

Límite de 190 días en un hospital psiquiátrico.

**Valley Advantage Gold****Valley Advantage Silver****Valley Advantage Select****Dentro de la red**

Copago de \$100 por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare

Copago de \$0 por días adicionales en el hospital

No hay límite en el número de días cubiertos por el plan en cada periodo de beneficios.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

**Dentro de la red**

Por estadías hospitalarias cubiertas por Medicare:  
Días del 1 al 6: copago de \$250 al día  
Días del 7 al 90: copago de \$0 al día

Copago de \$0 por días adicionales en el hospital

Límite de \$1500 de gastos de su propio bolsillo por cada estadía

No hay límite en el número de días cubiertos por el plan en cada periodo de beneficios.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

**Dentro de la red**

Copago de \$0

El plan cubre 90 días de cada periodo de beneficios.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

**Dentro de la red**

Copago de \$100 por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare

Cobertura de hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

**Dentro de la red**

Por estadías hospitalarias:  
Días del 1 al 6: copago de \$250 al día  
Días del 7 al 90: copago de \$0 al día

El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida:

Días del 1 al 60: copago de \$250 al día

Límite de \$1500 de gastos de su propio bolsillo por cada estadía

Cobertura de hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

**Dentro de la red**

Copago de \$0

Cobertura de hasta 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
<p>5 - Instalación de enfermería especializada</p> <p>(en una instalación de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>Por cada periodo de beneficios (3), después de una estadía hospitalaria cubierta de al menos tres días, usted paga:</p> <p>Días del 1 al 20: \$0 al día</p> <p>Días del 21 al 100: \$128 al día de cada periodo de beneficios después de una estadía hospitalaria cubierta de al menos 3 días</p> <p>Un “periodo de beneficios” comienza el día que se le admite en un hospital o instalación de enfermería especializada. Termina cuando hayan pasado 60 días consecutivos sin que usted reciba atención en un hospital o en una instalación de enfermería especializada. Si se le admite en el hospital después de que ha terminado un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible de hospital como paciente interno de cada periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios que puede tener. Los mismos deducibles y copagos que los de la atención de pacientes internos (consulte la sección “Atención de pacientes internos” que aparece arriba). Límite de 190 días en un hospital psiquiátrico.</p>
<p>6 - Atención médica en el hogar (incluye servicios intermitentes de atención de enfermería especializada, de un asistente de atención médica en el hogar, de rehabilitación, etc.).</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>7 - Hospice - servicios paliativos para enfermos terminales</p>	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes externos y del cuidado de relevo de pacientes internos.</p> <p>Debe obtener los servicios de un programa de servicios paliativos certificado por Medicare.</p>

**Atención de pacientes externos**

<p>8 - Visitas al consultorio</p>	<p>Coseguro del 20%</p>
-----------------------------------	-------------------------

## Valley Advantage Gold

### General

Se requiere autorización previa.

### Dentro de la red

Por estadías en instalaciones de enfermería especializada:

Días del 1 al 24: copago de \$0 al día

Días del 25 al 100: copago de \$25 al día

100 días cubiertos por cada periodo de beneficios

No se requiere una estadía hospitalaria anterior.

## Valley Advantage Silver

### General

Se requiere autorización previa.

### Dentro de la red

Por estadías en instalaciones de enfermería especializada:

Días del 1 al 24: copago de \$0 al día

Días del 25 al 100: copago de \$25 al día

100 días cubiertos por cada periodo de beneficios

No se requiere una estadía hospitalaria anterior.

## Valley Advantage Select

### General

Se requiere autorización previa.

Dentro de la red

Copago de \$0 por servicios en una instalación de enfermería especializada

100 días cubiertos por cada periodo de beneficios

No se requiere una estadía hospitalaria anterior.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas médicas en el hogar cubiertas por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas médicas en el hogar cubiertas por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas médicas en el hogar cubiertas por Medicare.

### Dentro de la red

Debe obtener los servicios de un programa de servicios paliativos certificado por Medicare.

### Dentro de la red

Debe obtener los servicios de un programa de servicios paliativos certificado por Medicare.

### Dentro de la red

Debe obtener los servicios de un programa de servicios paliativos certificado por Medicare.

Excepto en una emergencia, su médico debe notificar al plan que se le va a admitir en el hospital.

### General

Consulte “Exámenes físicos de rutina” para obtener más información.

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$10 por cada visita al médico de atención primaria para recibir beneficios cubiertos por Medicare.

Copago de \$25 por cada visita al especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare.

### General

Consulte “Exámenes físicos de rutina” para obtener más información.

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$15 por cada visita al médico de atención primaria para recibir beneficios cubiertos por Medicare.

Copago de \$35 por cada visita al especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare.

### General

Consulte “Exámenes físicos de rutina” para obtener más información.

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria para recibir beneficios cubiertos por Medicare

Copago de \$0 por cada visita al especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
9 - Servicios quiroprácticos	<p>Coseguro del 0% La atención de rutina no está cubierta</p> <p>Coseguro del 20% por manipulación manual de columna para corregir el desplazamiento o la mala alineación de una articulación o parte del cuerpo si recibe el servicio de un quiropráctico o de otro proveedor capacitado.</p>
10 - Servicios de podología	<p>Coseguro del 0% La atención de rutina no está cubierta</p> <p>Coseguro del 20% por atención de los pies médicamente necesaria, inclusive atención de afecciones médicas de las extremidades inferiores.</p>
11 - Salud mental para pacientes externos	<p>Coseguro del 50% por la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes externos.</p>
12 - Servicios de tratamiento de abuso de sustancias para pacientes externos	<p>Coseguro del 20%</p>
13 - Cirugía/servicios para pacientes externos	<p>Coseguro del 20% por servicios del médico 20% por la instalación para pacientes externos</p>

## Valley Advantage Gold

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$25 por visitas cubiertas por Medicare.

Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de columna para corregir el desplazamiento o la mala alineación de una articulación o parte del cuerpo.

## Valley Advantage Silver

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$25 por visitas cubiertas por Medicare.

Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de columna para corregir el desplazamiento o la mala alineación de una articulación o parte del cuerpo.

## Valley Advantage Select

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas cubiertas por Medicare.

Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de columna para corregir el desplazamiento o la mala alineación de una articulación o parte del cuerpo.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$25 por cada visita cubierta por Medicare.

Los beneficios de podología cubiertos por Medicare consisten en atención médicamente necesaria de los pies.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$35 por cada visita cubierta por Medicare.

Los beneficios de podología cubiertos por Medicare consisten en atención médicamente necesaria de los pies.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.

Los beneficios de podología cubiertos por Medicare consisten en atención médicamente necesaria de los pies.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$25 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$35 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas de salud mental cubiertas por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$25 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$35 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas cubiertas por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$75 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare

Copago de \$75 por cada visita a una instalación hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$150 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare

Copago de \$150 por cada visita a una instalación hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare

Puede haber cargos adicionales por la instalación.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare

Copago de \$0 por cada visita a una instalación hospitalaria para pacientes externos cubierta por Medicare

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
14 – Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coseguro del 20%
15 – Atención de emergencia  (Puede ir a cualquier sala de emergencia si razonablemente cree que necesita atención de emergencia.)	Coseguro del 20% por servicios del médico 20% del cargo de la instalación, o un copago fijo por visita a la sala de emergencia.
16 – Atención urgentemente necesaria  (NO es atención de emergencia, y está cubierta en la mayoría de los casos si se encuentra fuera del área de servicio.)	Coseguro del 20% o un copago fijo.  SIN cobertura fuera de EE.UU. excepto en circunstancias limitadas.
17 – Rehabilitación para pacientes externos  (Terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla/lenguaje)	Coseguro del 20%

## Valley Advantage Gold

## Valley Advantage Silver

## Valley Advantage Select

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$50 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.

### Dentro de la red

Copago de \$50 por cada visita a la sala de emergencia cubierta por Medicare.

### Fuera de la red

Sin cobertura fuera de EE.UU. excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

### Dentro y fuera de la red

Si se le admite en el hospital en un lapso de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$100 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.

### Dentro de la red

Copago de \$50 por cada visita a la sala de emergencia cubierta por Medicare.

### Fuera de la red

Sin cobertura fuera de EE.UU. excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

### Dentro y fuera de la red

Si se le admite en el hospital en un lapso de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por cada visita a la sala de emergencia cubierta por Medicare.

### Fuera de la red

Sin cobertura fuera de EE.UU. excepto en circunstancias limitadas. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.

### General

Copago de \$25 por cada visita de atención urgentemente necesaria cubierta por Medicare.

Si se le admite en el hospital en un lapso de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita de atención urgente.

### General

Copago de \$30 por cada visita de atención urgentemente necesaria cubierta por Medicare.

Si se le admite en el hospital en un lapso de 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la visita de atención urgente.

### General

Copago de \$0 por cada visita de atención urgentemente necesaria cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$25 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.

Copago de \$10 por cada visita de terapia física o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$35 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.

Copago de \$35 por cada visita de terapia física o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.

Copago de \$0 por cada visita de terapia física o terapia del habla/lenguaje cubierta por Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

**Categoría del beneficio**

**Medicare Original**

**Servicios y suministros médicos para pacientes externos**

18 – Equipo médico duradero

(Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)

Coseguro del 20%

19 – Dispositivos protésicos

(Incluye soportes, extremidades y ojos artificiales, etc.)

Coseguro del 20%

20 – Capacitación para la autosupervisión, terapia de nutrición y suministros para pacientes con diabetes

(incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras de prueba, lancetas, pruebas de detección de glucosa y capacitación para la autosupervisión)

Coseguro del 20%

21 – Pruebas diagnósticas, rayos X y servicios de laboratorio

Coseguro del 20% por pruebas diagnósticas y rayos X

Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare

Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios diagnósticos de laboratorio médicamente necesarios ordenados por el médico que le trata cuando los proporciona un laboratorio certificado por Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) que participa en Medicare. Los servicios diagnósticos de laboratorio se hacen para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una enfermedad o afección sospechada. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas exploratorias de rutina, como las de medición de colesterol.

**Valley Advantage Gold**

**Valley Advantage Silver**

**Valley Advantage Select**

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por artículos cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por artículos cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por artículos cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

20% del costo de los artículos cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por artículos cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por capacitación para la autosupervisión de pacientes con diabetes.

Copago de \$0 por terapia de nutrición para pacientes con diabetes.

10% del costo de los suministros para la diabetes.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por capacitación para la autosupervisión de pacientes con diabetes.

Copago de \$0 por terapia de nutrición para pacientes con diabetes.

20% del costo de los suministros para la diabetes.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por capacitación para la autosupervisión de pacientes con diabetes.

Copago de \$0 por terapia de nutrición para pacientes con diabetes.

0% del costo de los suministros para la diabetes.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por los siguientes beneficios cubiertos por Medicare:

- servicios de laboratorio
- procedimientos y pruebas de diagnóstico
- rayos X
- servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir rayos X)
- servicios radiológicos terapéuticos

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por los siguientes beneficios cubiertos por Medicare:

- servicios de laboratorio
- procedimientos y pruebas de diagnóstico
- rayos X
- servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir rayos X)
- servicios radiológicos terapéuticos

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por los siguientes beneficios cubiertos por Medicare:

- servicios de laboratorio
- procedimientos y pruebas de diagnóstico
- rayos X
- servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir rayos X)
- servicios radiológicos terapéuticos

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
<b>Servicios preventivos</b>	
<p>22 – Densitometría ósea</p> <p>(Para personas a riesgo cubiertas por Medicare)</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Cubierta una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si cumple con ciertos requisitos médicos.</p>
<p>23 – Exámenes exploratorios de cáncer colorrectal</p> <p>(Para personas de 50 años o más cubiertas por Medicare)</p>	<p>Coseguro del 20%</p> <p>Cubiertos cuando corre alto riesgo o cuando tiene 50 años de edad o más.</p>
<p>24 - Vacunas</p> <p>(Vacuna contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B para personas a riesgo cubiertas por Medicare, vacuna contra la pulmonía.)</p>	<p>Copago de \$0 por las vacunas contra la gripe y la pulmonía</p> <p>Coseguro del 20% por la vacuna de la hepatitis B</p> <p>Es posible que sólo necesite una vacuna contra la pulmonía una vez en toda su vida. Llame a su médico para solicitar más información.</p>
<p>25 - Mamografías (examen exploratorio anual)</p> <p>(Para mujeres de 40 años o más cubiertas por Medicare)</p>	<p>Coseguro del 20%.</p> <p>No se necesita referencia.</p> <p>Cubiertas una vez al año para las mujeres de 40 años o más cubiertas por Medicare. Cobertura de una mamografía de referencia para mujeres de 35 a 39 años de edad cubiertas por Medicare.</p>
<p>26 – Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos</p> <p>(Para mujeres cubiertas por Medicare)</p>	<p>Copago de \$0 para pruebas de Papanicolaou</p> <p>Cubiertas una vez cada dos años. Cubiertas una vez al año para mujeres bajo alto riesgo cubiertas por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por exámenes pélvicos</p>

**Valley Advantage Gold****Valley Advantage Silver****Valley Advantage Select****General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por densitometría ósea cubierta por Medicare

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por densitometría ósea cubierta por Medicare

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por densitometría ósea cubierta por Medicare

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por exámenes exploratorios de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por exámenes exploratorios de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por exámenes exploratorios de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por las vacunas contra la gripe y la pulmonía.

Copago de \$0 por la vacuna contra la hepatitis B.

No se necesita referencia para las vacunas contra la gripe y la pulmonía. No se necesita referencia para otras vacunas.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por las vacunas contra la gripe y la pulmonía.

Copago de \$0 por la vacuna contra la hepatitis B.

No se necesita referencia para las vacunas contra la gripe y la pulmonía. No se necesita referencia para otras vacunas.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por las vacunas contra la gripe y la pulmonía.

Copago de \$0 por la vacuna contra la hepatitis B.

No se necesita referencia para las vacunas contra la gripe y la pulmonía. No se necesita referencia para otras vacunas.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por mamografías exploratorias cubiertas por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por mamografías exploratorias cubiertas por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por mamografías exploratorias cubiertas por Medicare.

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare y - hasta una prueba de Papanicolaou y examen pélvico adicionales cada año

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare y - hasta una prueba de Papanicolaou y examen pélvico adicionales cada año

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare y - hasta una prueba de Papanicolaou y examen pélvico adicionales cada año

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
27 – Exámenes de detección de cáncer de la próstata  (Para hombres de 50 años o más cubiertos por Medicare)	Coseguro del 20% por el examen digital del recto.  \$0 por la prueba del antígeno prostático específico; coseguro del 20% por otros servicios relacionados.  Cubiertos una vez al año para todos los hombres mayores de 50 años cubiertos por Medicare.
28 – Enfermedad renal en etapa terminal	Coseguro del 20% por diálisis  \$0 por la prueba del antígeno prostático específico; coseguro del 20% por otros servicios relacionados.
29 – Medicamentos de venta con receta	La mayoría de los medicamentos no tiene cobertura.  (Usted puede ampliar la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare Original inscribiéndose en el plan de medicamentos de venta con receta de Medicare.)

## Valley Advantage Gold

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por exámenes de detección de cáncer de la próstata cubiertos por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización. Los servicios de diálisis renal fuera del área no requieren autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por diálisis dentro y fuera del área de servicio

Copago de \$0 por terapia de nutrición para pacientes con enfermedad renal

### Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare General

5% del costo de los medicamentos cubiertos por la Parte B (sin incluir los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B).

5% del costo de los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B.

### Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare General

Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario, o usted lo puede consultar en la Web en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com). Pueden aplicar diferentes gastos de su propio bolsillo a las personas que

- tienen ingresos limitados,
- viven en instituciones de atención a largo plazo, o
- tienen acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service).

## Valley Advantage Silver

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por exámenes de detección de cáncer de la próstata cubiertos por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización. Los servicios de diálisis renal fuera del área no requieren autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por diálisis dentro y fuera del área de servicio

Copago de \$0 por terapia de nutrición para pacientes con enfermedad renal

### Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare General

15% del costo de los medicamentos cubiertos por la Parte B (sin incluir los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B).

15% del costo de los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B.

### Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare General

Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario, o usted lo puede consultar en la Web en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com). Pueden aplicar diferentes gastos de su propio bolsillo a las personas que

- tienen ingresos limitados,
- viven en instituciones de atención a largo plazo, o
- tienen acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service).

## Valley Advantage Select

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por exámenes de detección de cáncer de la próstata cubiertos por Medicare.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización. Los servicios de diálisis renal fuera del área no requieren autorización.

### Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare General

0% del costo de los medicamentos cubiertos por la Parte B (sin incluir los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B).

0% del costo de los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B.

### Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare General

Este plan usa un formulario. El plan le enviará el formulario, o usted lo puede consultar en la Web en [www.valleybaptisthealthplans.com](http://www.valleybaptisthealthplans.com).

Su cobertura de medicamentos de venta con receta dentro de la red se limita al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, es posible que tenga que pagar el costo total de su

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

**Categoría del beneficio**

**Medicare Original**

29 – Medicamentos de venta con receta  
Continúa...

## Valley Advantage Gold

Su cobertura de medicamentos de venta con receta dentro de la red se limita al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, es posible que tenga que pagar el costo total de su medicamento de venta con receta. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los compra en una farmacia fuera de la red, aunque tal vez tenga que pagar costos adicionales. Comuníquese al plan para solicitar información detallada al respecto.

Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales por medicamentos que usted y el plan pagan. El plan puede requerirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para tal afección. Algunos medicamentos tienen límites en las cantidades que se pueden surtir.

Su proveedor debe obtener autorización previa del Valley Advantage Gold por ciertos medicamentos. Si el costo real de un medicamento es menor que su copago normal, usted pagará el costo real, no el copago.

### **Dentro de la red**

Deducible de \$0.

### **Cobertura inicial**

Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales de los medicamentos alcancen \$2510:

#### **Farmacia minorista – Nivel 1**

- Copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento
- Copago de \$18 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamento

## Valley Advantage Silver

Su cobertura de medicamentos de venta con receta dentro de la red se limita al área de servicio del plan. Esto significa que si viaja fuera del área de servicio, es posible que tenga que pagar el costo total de su medicamento de venta con receta. En ciertas emergencias, sus medicamentos estarán cubiertos si los compra en una farmacia fuera de la red, aunque tal vez tenga que pagar costos adicionales. Comuníquese al plan para solicitar información detallada al respecto.

Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales por medicamentos que usted y el plan pagan. El plan puede requerirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para tal afección. Algunos medicamentos tienen límites en las cantidades que se pueden surtir.

Su proveedor debe obtener autorización previa del Valley Advantage Silver por ciertos medicamentos. Si el costo real de un medicamento es menor que su copago normal, usted pagará el costo real, no el copago.

### **Dentro de la red**

Deducible de \$0.

### **Cobertura inicial**

Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales de los medicamentos alcancen \$2510:

#### **Farmacia minorista – Nivel 1**

- Copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento
- Copago de \$18 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamento

## Valley Advantage Select

medicamento de venta con receta. En ciertas emergencias sus medicamentos estarán cubiertos si los compra en una farmacia fuera de la red, aunque tal vez tenga que pagar costos adicionales. Comuníquese al plan para solicitar información detallada al respecto.

Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales por medicamentos que usted y el plan pagan. El plan puede requerirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para tal afección. Algunos medicamentos tienen límites en las cantidades que se pueden surtir.

Su proveedor debe obtener autorización previa del Valley Advantage Select por ciertos medicamentos.

### **Dentro de la red**

Deducible anual de \$0 o \$56 (la cantidad depende de sus ingresos y de su estado institucional).\*

### **Cobertura inicial**

Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga un copago de \$0 a \$2.25, o un coseguro del 15% por los medicamentos genéricos (inclusive medicamentos de marca considerados como genéricos). Usted paga o un copago de \$0 a \$5.60 o un coseguro del 15% por todos los demás medicamentos.\*

### **Farmacia minorista**

Usted puede comprar medicamentos de la siguiente manera:

- suministro de un mes (31 días)
- suministro de tres meses (90 días)

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

**Categoría del beneficio**

**Medicare Original**

29 – Medicamentos de venta con receta  
Continúa...

## Valley Advantage Gold

### Nivel 2

- Copago de \$30 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento
- Copago de \$90 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamento

### Nivel 3

- Copago de \$60 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento
- Copago de \$180 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamento

### Farmacias de atención a largo plazo

#### Nivel 1

- Copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento

#### Nivel 2

- copago de \$30 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### Nivel 3

- Copago de \$60 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento

### Pedidos por correo – Nivel 1

- Copago de \$18 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

#### Nivel 2

- copago de \$90 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

#### Nivel 3

- copago de \$180 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

### Periodo sin cobertura

Usted paga lo siguiente:

El plan cubre todos los medicamentos genéricos durante el período entre la cobertura inicial y la catastrófica.

## Valley Advantage Silver

### Nivel 2

- Copago de \$30 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento
- Copago de \$90 por un suministro de tres meses (90 días) de medicamento

### Nivel 3

- Copago de \$60 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento
- copago de \$180 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

### Farmacias de atención a largo plazo

#### Nivel 1

- copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### Nivel 2

- copago de \$30 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### Nivel 3

- Copago de \$60 por un suministro de un mes (31 días) de medicamento

### Pedidos por correo – Nivel 1

- Copago de \$18 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

#### Nivel 2

- Copago de \$90 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

#### Nivel 3

- copago de \$180 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

### Periodo sin cobertura

Después de que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen \$2510, usted paga 100% hasta que

## Valley Advantage Select

### Farmacias de atención a largo plazo

Usted puede comprar medicamentos de la siguiente manera:

- suministro de un mes (31 días)

### Pedidos por correo

Usted puede comprar medicamentos de la siguiente manera:

- suministro de tres meses (90 días)

### Cobertura catastrófica

Después de que los gastos anuales de su propio bolsillo alcancen \$4050, usted paga lo siguiente (la cantidad depende de sus ingresos y de su estado institucional):

- copago de \$0 por cualquier medicamento; o
- copago de \$2.25 por medicamentos genéricos (inclusive medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$5.60 por todos los demás medicamentos\*

### Fuera de la red

Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo si se enferma mientras viaja a un área en donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el copago cuando compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red.

### Cobertura inicial fuera de la red

Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga un copago de \$0 a \$2.25, o un coseguro del 15% por los medicamentos genéricos (inclusive medicamentos de marca considerados como genéricos). Usted

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

**Categoría del beneficio**

**Medicare Original**

29 – Medicamentos de venta con receta  
Continúa...

## Valley Advantage Gold

### Farmacia minorista – Nivel 1

- copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento
- copago de \$18 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

### Farmacias de atención a largo plazo Nivel 1

- copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

### Pedidos por correo – Nivel 1

- copago de \$18 por un suministro de tres meses (90 días) del medicamento

Para todos los demás medicamentos cubiertos, después de que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen \$2510, usted paga 100% hasta que los costos anuales de su propio bolsillo alcancen \$4050.

### Cobertura catastrófica

Después de que los costos de su propio bolsillo alcancen \$4050, usted paga una de las siguientes cantidades, la que sea mayor:

- copago de \$2.25 por medicamentos genéricos (inclusive medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$5.60 por medicamentos tratados como genéricos) y \$5.60 por todos los demás medicamentos, o
- coseguro del 5%.

### Fuera de la red

Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo por enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan en donde no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el copago si compra sus

## Valley Advantage Silver

los costos anuales de su propio bolsillo alcancen \$4050.

### Cobertura catastrófica

Después de que los costos de su propio bolsillo alcancen \$4050, usted paga una de las siguientes cantidades, la que sea mayor:

- copago de \$2.25 por medicamentos genéricos (inclusive los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$5.60 por todos los demás medicamentos, o
- coseguro del 5%.

### Fuera de la red

Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales, por ejemplo por enfermedades mientras viaja fuera del área de servicio del plan en donde no hay una farmacia de la red. Es posible que su copago sea mayor cuando compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red.

### Cobertura inicial fuera de la red

Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales de los medicamentos alcancen \$2510:

### Farmacia fuera de la red

#### Nivel 1

- copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### Nivel 2

- copago de \$30 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### Nivel 3

- copago de \$60 por un suministro de un mes

## Valley Advantage Select

paga o un copago de \$0 a \$5.60 o un coseguro del 15% por todos los demás medicamentos.\*

### Cobertura catastrófica fuera de la red

Después de que los gastos anuales de su propio bolsillo alcancen \$4050, usted paga lo siguiente (la cantidad depende de sus ingresos y de su estado institucional):

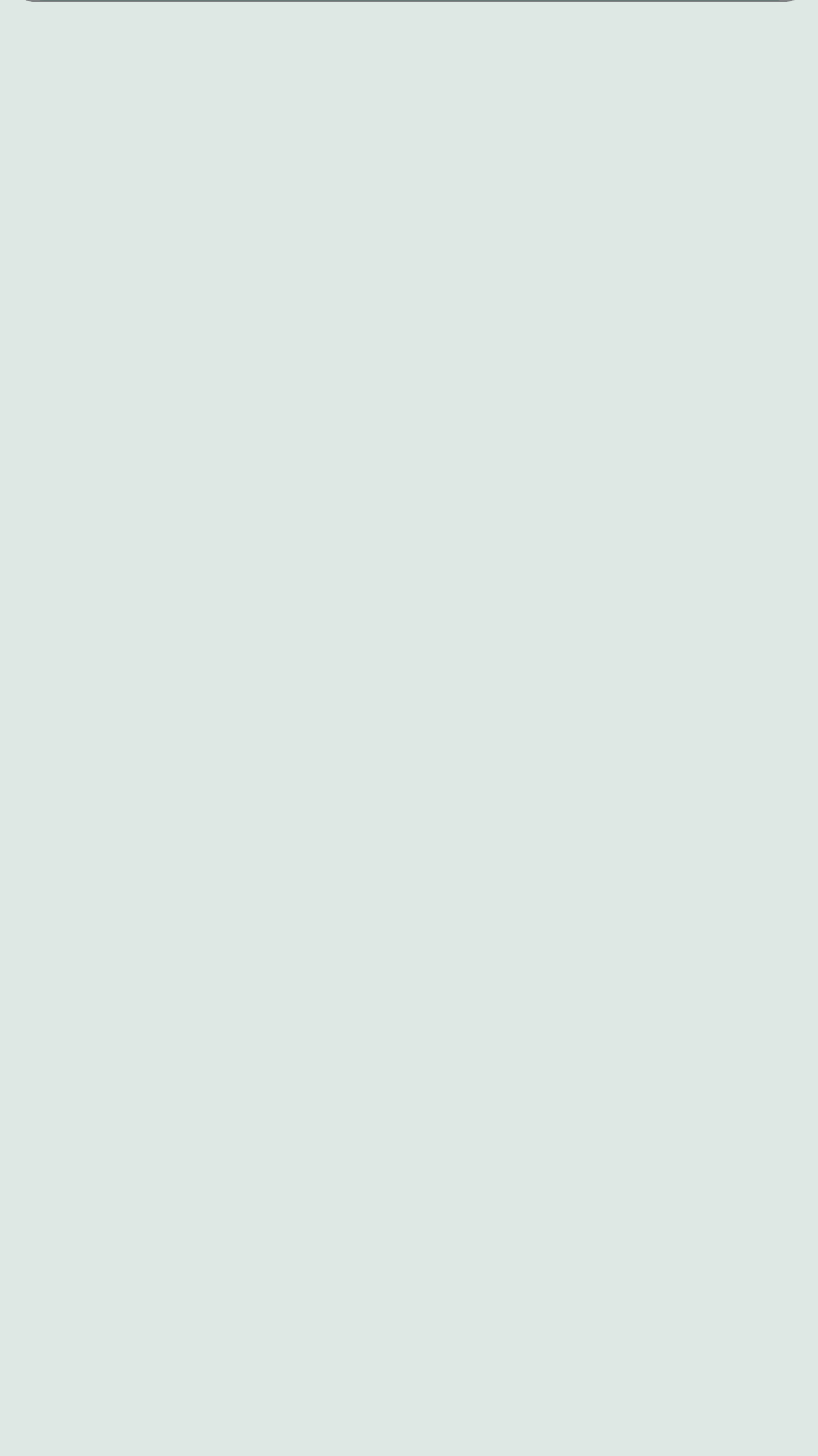
- copago de \$ 0 por cualquier medicamento; o
- copago de \$2.25 por medicamentos genéricos (inclusive medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$5.60 por todos los demás medicamentos\*

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

**Categoría del beneficio**

**Medicare Original**

29 – Medicamentos de venta con receta  
Continúa...



## Valley Advantage Gold

medicamentos en una farmacia fuera de la red.

### **Cobertura inicial fuera de la red**

Usted paga lo siguiente hasta que los costos anuales totales de los medicamentos alcancen \$2510:

### **Farmacia fuera de la red**

#### **Nivel 1**

- copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### **Nivel 2**

- copago de \$30 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

#### **Nivel 3**

- copago de \$60 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

### **Periodo sin cobertura fuera de la red**

Usted paga lo siguiente:

#### **Nivel 1**

- copago de \$6 por un suministro de un mes (31 días) del medicamento

### **Cobertura catastrófica fuera de la red**

Después de que sus gastos anuales de su propio bolsillo por medicamentos alcancen \$4050, usted paga una de las siguientes cantidades, la que sea mayor:

- copago de \$2.25 por medicamentos genéricos (inclusive medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de \$5.60 por todos los demás medicamentos, o  
- coseguro del 5%.

## Valley Advantage Silver

(31 días) del medicamento

### **Periodo sin cobertura fuera de la red**

Después de que sus costos anuales totales de medicamentos alcancen \$2510, usted paga 100% hasta que los costos anuales de su propio bolsillo alcancen \$4050.

### **Cobertura catastrófica fuera de la red**

Después de que los costos de su propio bolsillo alcancen \$4050, usted paga una de las siguientes cantidades, la que sea mayor:

- copago de \$2.25 por medicamentos genéricos (inclusive los medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$5.60 por todos los demás medicamentos, o  
- coseguro del 5%.

## Valley Advantage Select

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
30 – Servicios dentales	Los servicios dentales preventivos (como limpiezas) no tienen cobertura.
31 – Servicios de la audición	Los exámenes rutinarios de la audición y los audífonos no están cubiertos. Coseguro del 20% por los exámenes diagnósticos de la audición.
32 – Servicios de la vista	Coseguro del 20% por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo.  Los exámenes de rutina de la vista y los lentes no están cubiertos. Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.  Los exámenes exploratorios de glaucoma anuales están cubiertos para las personas a riesgo.

## Valley Advantage Gold

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.

En general, los beneficios dentales preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.

## Valley Advantage Silver

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por beneficios dentales cubiertos por Medicare.

En general, los beneficios dentales preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.

## Valley Advantage Select

### Dentro de la red

Copago de \$0 por los siguientes beneficios dentales preventivos:

- hasta un examen oral cada año

- hasta una limpieza cada año con un límite de \$200 por servicios preventivos

### Dentro de la red

Copago de \$0 por hasta un audífono cada tres años.

- Copago de \$25 por exámenes diagnósticos de la audición

- Copago de \$25 por hasta un examen rutinario de la audición cada año

- Copago de \$25 por hasta una evaluación para el ajuste de audífonos cada año.

Límite de \$1000 por audífonos de rutina cada tres años.

### General

Pueden aplicar reglas de autorización.

### Dentro de la red

Los audífonos no están cubiertos.

- copago de \$35 por exámenes diagnósticos de la audición

- copago de \$35 por hasta un examen rutinario de la audición cada año

Copago de \$35 por hasta una evaluación para el ajuste de audífonos cada año.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por exámenes diagnósticos de la audición

- hasta un examen rutinario de la audición cada año

- hasta una evaluación para el ajuste de audífonos cada año

Copago de \$0 por hasta un audífono cada tres años.

Límite de \$1000 por audífonos de rutina cada tres años.

### Dentro de la red

Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas

- copago de \$25 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo.

- copago de \$25 por hasta un examen rutinario de la vista cada año

### Dentro de la red

Copago de \$30 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas

- copago de \$35 por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo.

- copago de \$35 por hasta un examen rutinario de la vista cada año

### Dentro de la red

Copago de \$0 por los servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo, y hasta un examen rutinario de la vista cada año

Copago de \$0

- por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas

- hasta un par de lentes cada año

- hasta un par de lentes de contacto cada año

Límite de \$375 por artículos para la vista cada año.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o los costos de este plan, comuníquese con Valley Advantage.

Categoría del beneficio	Medicare Original
33 – Exámenes físicos	<p>Coseguro del 20% por un examen dentro de los primeros seis meses de su nueva cobertura de la Parte B de Medicare.</p> <p>Cuando obtiene la cobertura de la Parte B de Medicare, puede obtener una vez un examen físico dentro de los primeros seis meses de su nueva cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye exámenes de laboratorio.</p>
34 - Educación sobre salud y bienestar	No está cubierta.
35 - Transportación	No está cubierta.
36 – Beneficios opcionales	

### Valley Advantage Gold

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por exámenes de rutina.

Con límite de un examen cada año.

### Valley Advantage Silver

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por exámenes de rutina.

Con límite de un examen cada año.

### Valley Advantage Select

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por exámenes de rutina.

Con límite de un examen cada año.

**Dentro de la red**

Este plan ofrece beneficios de educación sobre salud y bienestar.

- Materiales impresos de educación sobre la salud, inclusive hojas informativas

- Línea directa de enfermería

- Otros beneficios de bienestar

**Dentro de la red**

Este plan ofrece beneficios de educación sobre salud y bienestar.

- Materiales impresos de educación sobre la salud, inclusive hojas informativas

- Línea directa de enfermería

- Otros beneficios de bienestar

**Dentro de la red**

Este plan ofrece beneficios de educación sobre salud y bienestar.

- Materiales impresos de educación sobre la salud, inclusive hojas informativas

- Línea directa de enfermería

- Otros beneficios de bienestar

**General**

Pueden aplicar reglas de autorización.

**Dentro de la red**

Copago de \$0 por hasta seis viajes de ida y vuelta a lugares aprobados por el plan cada año.



2005 ED CAREY DRIVE, HARLINGEN, TEXAS 78550  
(866) 229-4969 • (800) 562-5259 (TDD)

HORARIO DE OPERACIÓN:

LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M.

H4521\_100\_03S 12/2007